

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

دوفصلنامه

پژوهش‌های
علوم
دانش‌های
فنی

سال اول - شماره اول - شماره پیاپی (۱)

پاییز و زمستان ۱۳۹۰

متن کامل مجله در پایگاه‌های اطلاع رسانی زیر نمایه می‌شود.

<http://www.magiran.com>

<http://www.SID.ir>

<http://www.ISC.gov.ir>

<http://uijs.ui.ac.ir/cbs>

بانک اطلاعات نشریات کشور

سایت اینترنتی جهاد دانشگاهی

پایگاه علوم استنادی جهان اسلام
(ISC)

سامانه مجله پژوهش‌های علوم شناختی و
رفتاری

چاپ و لیتوگرافی: انتشارات دانشگاه اصفهان

ناشر: دانشگاه اصفهان

قیمت: ۲۰۰۰۰ ریال

تیراژ: ۵۰۰ نسخه

مجله
پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری
صاحب امتیاز: معاونت پژوهشی و فناوری دانشگاه اصفهان
شماره استاندارد بین‌المللی: ۲۲۵۱-۷۶۴۲
سال اول - شماره اول - شماره پیاپی (۱) - پاییز و زمستان ۱۳۹۰

سرمدیور: مختار ملک‌پور
استاد گروه کودکان با نیازهای خاص - دانشگاه اصفهان
E-mail: mokhtarmalekpour@yahoo.com

ویراستار ادبی: ناصر کریم‌پور
E-mail: naser.karimpour@gmail.com

صفحه آرایی: بهزاد حکیمی‌نیا
E-mail: hakiminya@gmail.com
تلفن: ۰۳۱۱-۷۹۳۴۲۳۰۰

مدیر مسؤول: رضا هویدا
استادیار گروه علوم تربیتی دانشگاه اصفهان
Email: r.hoveida@edu.ui.ac.ir

ویراستار علمی - تخصصی: انگلیسی: حسین مولوی
استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه اصفهان
E-mail: hmolavi@edu.ui.ac.ir

مدیر اجرایی: نیلوفر پناهی
E-mail: n.panahi@staf.ui.ac.ir
تلفن: ۰۳۱۱-۷۹۳۴۱۶۴

اعضای هیأت تحریریه

دانشگاه علوم پزشکی اصفهان	دانشیار	غلامحسین احمدزاده
دانشگاه اصفهان	استاد	سید احمد احمدی
دانشگاه شیراز	دانشیار	شهلا البرزی
دانشگاه اصفهان	دانشیار	محمدرضا عابدی
دانشگاه تهران	دانشیار	باقر غباری بناب
دانشگاه اصفهان	استاد	حسین مولوی
دانشگاه اصفهان	استاد	ابوالقاسم نوری

*این مجله مسؤول آراء و نظرات مندرج در مقالات نمی‌باشد.

مقالات رسیده بازگشت داده نمی‌شود. نقل مطالب با ذکر نام مجله و نویسنده بلامانع است.

نشانی پستی مجله: اصفهان - میدان آزادی - دانشگاه اصفهان - سازمان مرکزی - معاونت تحقیقات و فناوری - طبقه دوم - اداره چاپ،

انتشارات و مجلات - دفتر مجله پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری

کد پستی: ۸۱۷۴۶-۷۳۴۴۱

تلفکس: ۰۳۱۱-۷۹۳۲۱۷۷

تلفن: ۰۳۱۱-۷۹۳۴۱۶۴

نشانی پست الکترونیکی: jcbs.@res.ui.ac.ir

همکاران علمی این شماره (سال اول، شماره اول، شماره پیاپی (۱)، پاییز و زمستان ۱۳۹۰)

اعضای محترم هیأت علمی دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزشی و پژوهشی کشور که در داوری و ارزیابی مقالات این شماره با مجله پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری، همکاری داشته‌اند، معرفی شده و از خدمات علمی آنها تقدیر می‌گردد، همچنین از همکاری ارزنده‌ی سرکار خانم سیده راضیه طبائیان و آقای سید حسین سیادتیان تشکرمی‌گردد.

سید احمد احمدی	استاد	دانشگاه اصـفهان
امراه ابراهیمی	استادیار	دانشگاه علوم پزشکی اصـفهان
حسن پاشا شریفی	دانشیار	دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن
سیما شهیم	استادیار	دانشگاه شـیراز
احمد عابدی	استادیار	دانشگاه اصـفهان
یاسمین عابدینی	استادیار	دانشگاه اصـفهان
سالار فرامرزی	استادیار	دانشگاه اصـفهان
یوسف کریمی	استاد	دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات
مهرداد کلانتری	دانشیار	دانشگاه اصـفهان
حسین مولوی	استاد	دانشگاه اصـفهان
ابوالقاسم نوری	استاد	دانشگاه اصـفهان
فریبا یزدخواستی	استادیار	دانشگاه اصـفهان

راهنمای تنظیم و نگارش مقالات

برای جلوگیری از تأخیر در داوری و انتشار به موقع مجله، لطفاً به نکات زیر توجه فرمایید.

مجله‌ی پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری، مقاله‌هایی را که نتیجه‌ی طرح‌های پژوهشی، تحقیقات اصیل و نقدهای معتبر و ارزنده در زمینه‌های روانشناسی، مشاوره و کودکان با نیازهای خاص باشد، به چاپ می‌رساند، مقاله‌های دریافت‌شده، ابتدا توسط هیأت تحریریه مورد بررسی قرار گرفته و در صورت انطباق با اهداف و معیارهای مجله و پس از داوری مقدماتی، بدون نام، برای ارزیابی به سه داور صاحب‌نظر ارسال می‌شود. این مجله هر سال در ۲ شماره به چاپ می‌رسد. هیأت تحریریه از تمام نویسندگانی که برای این مجله مقاله می‌فرستند، تقاضا دارد به نکات زیر توجه فرمایند:

۱- مقاله با استفاده از نرم‌افزار Word2003 و بالاتر بر روی کاغذ A4 (حاشیه‌ها از بالا و راست ۳ و چپ و پائین ۲/۵) تایپ شود. برای متن فارسی از قلم B zar با فونت ۱۳ و برای متن انگلیسی از قلم Times New Roman و فونت ۱۲ استفاده شود.

۲- مقاله باید شامل چکیده‌ی فارسی و انگلیسی (۲۰۰ کلمه) به همراه واژه‌های کلیدی، مقدمه و پیشینه، روش، نتایج، بحث و نتیجه‌گیری و فهرست منابع، عناوین اصلی، حداکثر در ۲۰ صفحه باشد. صفحه‌ی اول مقاله باید شامل عنوان و مشخصات باشد. صفحه‌ی دوم شامل چکیده و کلیدواژه‌ها باشد و مقدمه از صفحه‌ی سوم شروع شود. سطر اول هر پاراگراف تو رفتگی داشته باشد. عناوین فرعی باید ریز و سر سطر باشد. حروف بولد لازم نیست. افعال معمولاً باید زمان گذشته باشد نه زمان حاضر. جداول و اشکال با یک جمله معرفی شوند. سؤالات یا فرضیه‌ها در زیر هر جدول پاسخ داده شود. کلیدواژه‌ها در عنوان، تعاریف، اهداف، سؤالات یا فرضیه‌ها، و ابزار یکنواخت یا معادل باشند.

۳- زبان مجله فارسی و انگلیسی است. در نظر است ویژه‌نامه‌ی انگلیسی نیز چاپ شود. در مقاله‌های فارسی، واژه‌هایی که لغت فارسی متداول ندارند، واژه‌ی اصلی به زبان انگلیسی در زیر نویس نوشته شود.

۴- نام نویسنده یا نویسندگان و نشانی محل خدمت، نشانی پستی، درجه‌ی علمی (مربی، دانشور، استادیار، دانشیار، استاد)، نامبر، پست الکترونیکی، تلفن آن‌ها باید روی صفحه اول جداگانه قرار گیرد. نویسنده‌ی مسؤول باید با ستاره * مشخص شود.

۵- شکل‌ها باید به طور واضح اسکن شده، توضیحات مربوط به آن‌ها در پایین تصاویر و توضیحات مربوط به جداول همراه با شماره‌ی آن‌ها در بالای جداول نوشته شود.

۶- منابع باید با دقت به ترتیب الفبایی با سبک APA در انتهای مقاله (قبل از پیوست‌ها) نوشته شود. نام مجلات و عنوان کتاب‌ها ایتالیک باشد و سطر دوم به بعد هر منبع تورفتگی داشته باشد. از کلمات اختصاری PP, No, Vol استفاده نشود.

۸-مقاله حداکثر در ۲۰ صفحه و شامل: فایل Word و PDF مقاله و فرم تعهد امضاء شده به سامانه‌ی نشریات: uijs.ui.ac.ir/cbs ارسال گردد.

۹- مقاله‌های چاپ شده بیانگر آرای نویسندگان است و مجله در قبال آن‌ها هیچ گونه مسؤولیتی را بر عهده نمی‌گیرد.

۱۰- مقاله قبلاً و یا به طور همزمان برای هیچ یک از نشریه‌ها (داخلی یا خارجی) ارسال یا در هیچ یک از نشریه‌ها (یا مجموعه مقالات همایش‌ها) چاپ نشده باشد.

۱۱- هیأت تحریریه حق قبول، رد و ویرایش مقاله را برای خود محفوظ می‌دارد و از بازگرداندن مقاله‌های دریافتی معذور است.

۱۲- ترتیب تقدم و تأخر مقاله‌های چاپ شده، دلیل رجحان یا اهمیت خاص نویسنده نیست.

۱۳- پس از چاپ مقاله، برای هر یک از نویسندگان دو نسخه از مجله ارسال می‌گردد.

نشانی: اصفهان، خیابان هزار جریب، دانشگاه اصفهان، ساختمان مرکزی، طبقه دوم، اداره چاپ، انتشارات و مجلات، دفتر مجله پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری، کدپستی: ۷۳۴۴۱-۸۱۷۴۶ (تلفن: ۰۳۱۱-۷۹۳۴۱۶۴، تلفکس: ۰۳۱۱-۷۹۳۲۱۷۷، پست الکترونیک: JCBS@res.ui.ac.ir

به نام خدا

سخن سردبیر

سپاس خداوند بزرگی را که توفیق عنایت فرمود تا بتوانیم شماره اول از سال اول مجله «پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری» را منتشر کنیم. در این مجله با توسعه آموزش عالی در علوم شناختی و رفتاری در مقاطع تحصیلات تکمیلی، شاهد پژوهش‌های تجربی در این حوزه هستیم و بی شک نشر و گسترش این یافته‌ها می‌تواند به گسترش علم و تولید دانش در حوزه علوم شناختی و رفتاری منجر شود. هدف این مجله، نشر یافته‌های حاصل از پژوهش‌هایی است که بر مبنای روش علمی فراهم شده باشند.

اطمینان داریم هم‌اینک که در آغاز راه هستیم، از پشتیبانی اساتید محترم دانشگاه‌ها و سایر پژوهشگران جامعه علمی کشور بهره‌مند خواهیم شد و بر این اساس، فروتنانه از کلیه همکاران دانشگاهی انتظار داریم در امر داوری و ارسال مقالات وزین خود این مجله را حمایت نمایند.

در پایان، لازم می‌دانم از حمایت‌های بی‌دریغ جناب آقای دکتر محمد حسین رامشت ریاست محترم دانشگاه اصفهان، جناب آقای دکتر محمد ربانی معاون محترم پژوهشی و فناوری دانشگاه، جناب آقای دکتر حجت‌اله یزدان‌پناه، ریاست اداره چاپ، انتشارات و مجلات دانشگاه اصفهان و سرکار خانم نیلوفر پناهی مدیر اجرایی مجله که بدون مساعدت و تلاش‌های ایشان امکان آماده شدن این شماره میسر نبود و نیز سایر کارکنان بخش انتشارات تشکر و قدردانی نمایم. همچنین از کلیه اساتید محترمی که با دقت عالمانه خود داوری مقالات این شماره را عهده‌دار بوده‌اند، سپاسگزاری می‌نمایم.

با آرزوی توفیق روزافزون برای همگان

مختار ملک‌پور

سردبیر مجله‌ی پژوهش‌های علوم شناختی

و رفتاری

فهرست مطالب

- **رابطه سبک‌های فرزند پروری والدین با پرخاشگری نوجوانان شهرستان شبستر**
احمد آهنگرانزایی، پرویز شریفی درآمدی، رباب فرج زاده
۱-۸
- **بررسی اثر بخشی زوج درمانی اسلام محور بر خوش بینی زوجین شهر اصفهان**
عاطفه حیرت، احسان شریفی، مریم‌السادات فاتحی‌زاده، سید احمد احمدی
۹-۲۲
- **اثر بخشی درمان عقلانی - عاطفی - رفتاری گروهی بر عقاید ناکارآمد دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه**
فریبا حسنی، مهشید محزونی نجف‌آبادی، فرح لطفی
۲۳-۴۲
- **بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس درجه‌بندی SNAP-IV (فرم والدین) در دانش‌آموزان دوره ابتدایی شهر اصفهان**
اصغر آقایی، احمد عابدی، الهام محمدی
۴۳-۵۸
- **میزان اثر بخشی روش‌های ایمن سازی روانی و حساسیت زدایی منظم و روش ترکیبی بر اضطراب امتحان و عملکرد تحصیلی و خودکارآمدی دانشجویان پسر**
علیرضا ماردپور، سحر جهانبخش گنجه، سلیمان حسینی نیک
۵۹-۷۲
- **تأثیر مداخله مبتنی بر نظریه گاردنر بر خودکارآمدی عمومی دانش‌آموزان ناشنوای هنرستانی شهر اصفهان**
سعید رحیمی پردنجانی، باقر غباری بناب
۷۳-۸۶
- **بررسی شاخص‌های روان‌سنجی آزمون تشخیصی اوتیسم (GARS)**
سید جعفر احمدی، طیه صفری، منصوره همتیان، زهرا خلیلی
۸۷-۱۰۴

رابطه سبک‌های فرزند پروری والدین با پرخاشگری نوجوانان شهرستان شبستر

احد آهنگرانزابی^{۱*}، پرویز شریفی درآمدی^۲، رباب فرج‌زاده^۳

۱- دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شبستر، گروه علوم تربیتی، شبستر، ایران

۲- دانشیار دانشگاه علامه طباطبائی تهران

۳- کارشناسی ارشد مشاوره، مدرس مدعو دانشگاه پیام نور بستان آباد

چکیده

یکی از عوامل موثر در بروز اختلال‌های رفتاری، عامل خانواده، بویژه الگوی رفتاری والدین است. از این رو، محققان نتیجه گرفته اند که بین بدرفتاری والدین و اختلال رفتاری فرزندان ارتباط وجود دارد؛ ارتباطی که می تواند نقش سبک‌های فرزند پروری را در ایجاد مشکلات رفتاری نوجوانان، نظیر پرخاشگری بررسی کند. هدف این پژوهش، بررسی رابطه سبک‌های فرزند پروری با پرخاشگری نوجوانان شهرستان شبستر بوده است. روش: روش تحقیق از نوع همبستگی بوده. نمونه آماری نیز ۶۰ نفر از دانش آموزان شهرستان شبستر بودند؛ که با استفاده از پرسشنامه سبک‌های فرزند پروری "بومریند" و پرخاشگری "اچ.باس و مارک پری" بررسی شدند. یافته‌ها: بین سبک دموکراتیک و پرخاشگری رابطه وجود نداشت. بین سبک دموکراتیک و پرخاشگری فیزیکی رابطه وجود داشت ($p < 0/05$). بین سبک دموکراتیک و خصومت رابطه وجود داشت ($p < 0/05$). بین سبک دموکراتیک و خشم رابطه وجود داشت ($p < 0/05$). بین سبک دموکراتیک و پرخاشگری کلامی رابطه وجود داشت ($p < 0/05$). بین سبک سهل‌گیرانه و پرخاشگری رابطه وجود نداشت. بین سبک سهل‌گیرانه و پرخاشگری فیزیکی رابطه وجود نداشت. بین سبک سهل‌گیرانه و خصومت رابطه وجود نداشت. بین سبک سهل‌گیرانه و خشم رابطه وجود نداشت. بین سبک سهل‌گیرانه و پرخاشگری کلامی رابطه وجود نداشت. بین سبک استبدادی و پرخاشگری رابطه وجود نداشت. بین سبک استبدادی و پرخاشگری فیزیکی رابطه وجود نداشت. بین سبک استبدادی و خصومت رابطه وجود نداشت.

سبک استبدادی و خشم رابطه وجود نداشت. بین سبک استبدادی و پرخاشگری کلامی رابطه وجود نداشت. نتیجه اینکه بهترین روش فرزندپروری برای کاهش پرخاشگری و مؤلفه‌های آن سبک دموکراتیک بود.

واژه‌های کلیدی: سبک‌های فرزندپروری، پرخاشگری، سبک دموکراتیک، سبک استبدادی، سبک سهل‌گیرانه

مقدمه

خانواده به عنوان یک سیستم اجتماعی شامل گروهی از افراد است که از طریق ازدواج، تولید مثل و پرورش فرزندان باهم زندگی می‌کنند. این سیستم و سازمان اجتماعی در طول تاریخ، نقشی حیاتی برای رشد و پیشرفت اجتماعی شدن نوع انسان بازی کرده است. خانواده بدون شک مهمترین سازمانی است که بستر ساز رشد و رفاه جسمی، روانی و اجتماعی وی به تعادل (فیزیکی، روانی و اجتماعی) است (موسوی، ۱۳۸۳). تحقیقاتی که در زمینه اختلال‌های رفتاری صورت گرفته است، اغلب این نتیجه را در برداشته که اختلال‌های رفتاری بیشتر حاصل نحوه ارتباط والدین با کودک است تا عوامل ارثی و زیستی و محققان نتیجه گرفته اند که بین سوءرفتار والدین و اختلال رفتاری کودک ارتباط وجود دارد و این ارتباط بسیار با اهمیت و نشان دهنده این مطلب است که عامل خانواده و خصوصاً رفتار والدین در دوران کودکی نقش مهمی در بروز اختلال‌های رفتاری در کودکی و بزرگسالی دارد (ظروفی، ۱۳۸۰). پرخاشگری از جمله مشکلات رفتاری است که که حاصل خانواده‌های مشکل دار و ساختار ناسالم و ارتباط نامطلوب والدین با فرزندان است و در این خانواده‌ها معمولاً یک محرک استرس زاء، مانند اعتیاد پدر، خشونت‌های فیزیکی و کلامی پدر و مادر و رابطه ناسالم اولیا با فرزندان، شیوه‌های

رابطه با فرزندان و امثال آن وجود دارد (مایکل^۱ و همکاران، ۱۹۸۷). تحقیقات مؤسسه ملی سلامت روانی در ایالات متحده نشان می‌دهد کودکانی که از جانب والدینشان مورد سوء آزار جسمی و غفلت قرار گرفته بودند، احتمال انجام رفتارهای خشن و خشونت آمیز در آنها خیلی زیاد بوده است (فراهانی، ۱۳۸۰). نتایج تحقیقات زیادی بیانگر این است که از لحاظ آماری بین سبک‌های فرزند پروری و مشکلات رفتاری نوجوانان ارتباط معنی‌داری وجود دارد (ارگیس^۲ و همکاران، ۲۰۰۶). انگریست^۳ و همکاران (۱۹۹۶) بیان نمودند که سبک‌های فرزند پروری در کاهش رفتارهای پرخطر نوجوانان موثر است و نتایج تحقیقات (ویلدر و والت، ۲۰۰۲؛ اسمال و لاستر^۵، ۱۹۹۴) بیانگر این است که والدینی که وقت بیشتری را صرف سرپرستی فرزندانشان می‌کنند، دارای فرزندانی هستند که کمتر به سمت رفتارهای پرخطر و نامناسب متمایل می‌شوند. کاتز و گاتمن^۶ (۱۹۹۳) در تحقیقات خود به این نتیجه رسیدند: والدینی که برای حل تعارض‌های خود سبک‌های خصمانه‌ای به کار می‌برند، فرزندانی دارند که دارای نشانه‌های رفتار

1-mykel

5- Small & Luster

2- Argys

6- Katez & Gatman

3- Angrist

7- Marsh & Barber

4- Wilder & Walt

به صورت تصادفی انتخاب گردید. برای جمع آوری اطلاعات درمورد سبک‌های فرزند پروری و پرخاشگری از پرسشنامه‌های سبک‌های فرزند پروری "بومریند"^۲ و پرخاشگری "اچ.باس و مارک پری"^۳ استفاده شد.

الف) پرسشنامه سبک‌های فرزندپروری^۴: پرسشنامه سبک فرزند پروری که حاوی ۳۰ سؤال چهار گزینه‌ای به صورت کاملاً مخالفم، مخالفم، موافقم، کاملاً موافق هستم است، که برای هر دانش آموز از طریق پرسشنامه تکمیل شده است. میزان پایایی پرسشنامه از طریق بازآزمایی که به وسیله بوری (۱۹۹۱) به دست آمده بدین صورت است: ۰/۸ برای سهل گیرانه مادر، ۰/۸۶ برای استبدادی مادر، ۰/۷۸ برای دموکراتیک مادر، ۰/۷۷ برای سهل گیرانه پدر، ۰/۸۵ برای استبداد پدر، ۰/۹۲ برای دموکراتیک پدر. بوری برای مشخص کردن میزان اعتبار پرسشنامه از روش اعتبار افتراقی استفاده نموده و نتایج زیر به دست آورده است، مستبد بودن مادر رابطه معکوس با سهل گیرانه مادر (۰/۳۸-) و دموکراتیک مادر (۰/۴۸-) داشت. همچنین، مستبد بودن پدر رابطه معکوس با آزادگذاری پدر (۰/۵۰-) و دموکراتیک پدر (۰/۵۲-) داشت (ظروفی، ۱۳۸۰). غلامرضا اسفندیاری (۱۳۷۴) جهت روایی محتوایی پرسشنامه از ده نفر صاحب نظر در زمینه روان‌شناسی و وروان پزشکی خواسته است تا میزان روایی هر جمله را با علامت زدن مشخص نموده و نظر اصلاحی بدهند. نتیجه این نظر خواهی نشان داد که

ضد اجتماعی تر هستند (برجعلی، ۱۳۸۰). مطالعات دیگری در این خصوص نشان داده‌اند که جدایی از والدین و ارتباط نامطلوب با فرزندان به طور ناپیوسته و منفی با میزان افسردگی و رفتارهای پرخاشگرانه فرزندان ارتباط داشتند (مارش و باربر^۱، ۲۰۰۱). لذا با توجه به مطالب فوق الذکر هدف تحقیق حاضر، بررسی رابطه بین سبک‌های فرزند پروری والدین (دموکراتیک، استبدادی و سهل گیرانه) و پرخاشگری بود. فرضیه‌های زیر قابل تدوین است:

۱- بین سبک فرزندپروری دموکراتیک والدین و مؤلفه‌های پرخاشگری نوجوانان (پرخاشگری، پرخاشگری فیزیکی، پرخاشگری کلامی، خصومت و خشم) رابطه وجود دارد.

۲- بین سبک فرزندپروری سهل گیرانه والدین و مؤلفه‌های پرخاشگری نوجوانان (پرخاشگری، پرخاشگری فیزیکی، پرخاشگری کلامی، خصومت و خشم) رابطه وجود دارد.

۳- بین سبک فرزندپروری استبدادی والدین و مؤلفه‌های پرخاشگری نوجوانان (پرخاشگری، پرخاشگری فیزیکی، پرخاشگری کلامی، خصومت و خشم) رابطه وجود دارد.

روش

روش تحقیق از نوع همبستگی بود. جامعه آماری تحقیق را دانش آموزان دبیرستان نمونه شهرستان شبستر در سال تحصیلی ۸۹-۸۸ تشکیل می‌دادند که بصورت نمونه گیری خوشه ای یکی از مدارس و با استفاده از فرمول کوکران نمونه‌ای به حجم ۶۰ نفر

8- Baumrind

9- Bass & Perry

10- Parenting style Questionnaire

پرسشنامه مذکور دارای روایی بالایی است و برای تعیین پایانی آن از روش بازآزمایی استفاده کرده و بعد از گذشت یک هفته میزان پایایی سهل‌گیرانه، ۰/۶۹ برای استبدادی ۰/۷۷ و برای دموکراتیک ۰/۷۳ به دست آمده است. تنکابنی (۱۳۷۹) نیز ضریب پایایی پرسشنامه را برابر ۰/۷۲ گزارش کرده است (مژگانیان، ۱۳۸۰).

ب) پرسشنامه پرخاشگری (AQ):^۱ پرسشنامه پرخاشگری در سال ۱۹۹۲ به وسیله آرنولد اچ. باس و مارک پری تدوین شده است حاوی ۲۹ ماده است که چهار جنبه از پرخاشگری (پرخاشگری فیزیکی، پرخاشگری کلامی، خشم و خصومت) را مورد سنجش قرار می‌دهد. پرسشنامه پرخاشگری با نمره کل سوالات میزان پرخاشگری کلی را می‌سنجد و نمرات خرده مقیاس‌های آن تجلیات گوناگون

پرخاشگری را نشان می‌دهد. اعتبار و پایایی پرسشنامه پرخاشگری از همسانی درونی خوبی برخوردار است ضرایب آلفا برای خرده مقیاس‌های پرخاشگری فیزیکی، پرخاشگری کلامی، خشم و خصومت به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۷۲، ۰/۸۳، ۰/۷۷ و ضریب آلفای کل نمرات پرسشنامه ۰/۸۹ است. علاوه بر این، پژوهش‌های انجام شده در ایران نیز اعتبار و روایی پرسشنامه را تایید کرده‌اند (لنگری، ۱۳۷۸).

یافته‌ها

در این قسمت با استفاده از همبستگی پیرسون و آزمون معناداری آن به تایید یا رد فرضیه‌ها پرداخته شد.

جدول (۱) همبستگی بین سبک فرزند پروری دموکراتیک و مؤلفه‌های پرخاشگری

شاخص آماری				
متغیرها	ضریب همبستگی	ضریب تعیین	p	سبک دموکراتیک
پرخاشگری	-۰/۲۳	۰/۰۵	۰/۰۹۸	
پرخاشگری فیزیکی	-۰/۵۱	۰/۲۶	۰/۰۰۱	
خصومت	-۰/۴۸	۰/۲۳	۰/۰۰۰	
خشم	-۰/۶۰	۰/۳۶	۰/۰۰۰	
پرخاشگری کلامی	-۰/۲۶	۰/۰۶	۰/۰۴۲	

فرضیه اول: بین سبک فرزندپروری دموکراتیک والدین و مؤلفه‌های پرخاشگری نوجوانان (پرخاشگری، پرخاشگری فیزیکی، پرخاشگری کلامی، خصومت و خشم) رابطه وجود دارد.

براساس جدول شماره ۱ ضریب همبستگی بین سبک فرزندپروری دموکراتیک با پرخاشگری معنادار نبود و فرضیه تحقیق تایید نشد. ضریب همبستگی بین سبک فرزندپروری دموکراتیک با پرخاشگری فیزیکی معنادار بود و فرضیه تحقیق تایید شد

($p=0/001$). ضریب همبستگی بین سبک فرزندپروری دموکراتیک با خصومت معنادار بود و فرضیه تحقیق تایید شد ($p=0/000$) و همچنین ضریب همبستگی بین سبک فرزندپروری دموکراتیک با خشم معنادار بود و فرضیه تحقیق تایید شد ($p=0/042$). جهت رابطه سبک فرزندپروری دموکراتیک با پرخاشگری و مؤلفه‌های آن منفی بود.

جدول (۲) همبستگی بین سبک فرزند پروری سهل گیرانه و مؤلفه‌های پرخاشگری

شاخص آماری				
P	ضریب تعیین	ضریب همبستگی	متغیرها	سبک سهل گیرانه
۰/۷۶۱	۰/۰۰	-۰/۰۴	پرخاشگری	
۰/۸۰۲	۰/۰۰	۰/۰۳	پرخاشگری فیزیکی	
۰/۵۵۲	۰/۰۰	۰/۰۷	خصومت	
۰/۲۲۰	۰/۰۲	۰/۱۶	خشم	
۰/۴۹۴	۰/۰۰	-۰/۰۹	پرخاشگری کلامی	

نشد. ضریب همبستگی بین سبک فرزندپروری دموکراتیک با خصومت معنادار بود و فرضیه تحقیق تایید نشد و همچنین، ضریب همبستگی بین سبک فرزندپروری دموکراتیک با خشم معنادار نبود و فرضیه تحقیق تایید نشد و در نهایت اینکه ضریب همبستگی بین سبک فرزندپروری دموکراتیک با پرخاشگری کلامی معنادار نبود و فرضیه تحقیق تایید نشد. جهت رابطه سبک فرزندپروری سهل گیرانه با پرخاشگری و پرخاشگری کلامی منفی، ولی با پرخاشگری فیزیکی، خصومت و خشم مثبت بود.

فرضیه دوم: بین سبک فرزندپروری سهل گیرانه والدین و مؤلفه‌های پرخاشگری نوجوانان (پرخاشگری، پرخاشگری فیزیکی، پرخاشگری کلامی، خصومت و خشم) رابطه وجود دارد.

بر اساس جدول شماره ۲ ضریب همبستگی بین سبک فرزندپروری دموکراتیک با پرخاشگری معنادار نبود و فرضیه تحقیق تایید نشد. ضریب همبستگی بین سبک فرزندپروری دموکراتیک با پرخاشگری فیزیکی معنادار نبود و فرضیه تحقیق تایید

جدول (۳) همبستگی بین سبک فرزند پروری استبدادی و مؤلفه‌های پرخاشگری

شاخص آماری				
P	ضریب تعیین	ضریب همبستگی	متغیرها	سبک استبدادی
۰/۹۲۳	۰/۰۰	۰/۰۱	پر خاشگری	
۰/۱۱۵	۰/۰۴	۰/۲۰	پر خاشگری فیزیکی	
۰/۴۰۵	۰/۰۱	۰/۱۰	خصومت	
۰/۸۸۷	۰/۰۰	۰/۰۱	خشم	
۰/۴۹۳	۰/۰۰	۰/۰۹	پر خاشگری کلامی	

خصومت، خشم و پر خاشگری کلامی، بجز پر خاشگری رابطه وجود داشت. رابطه بین سبک فرزند پروری دموکراتیک با پر خاشگری و مؤلفه‌های آن معکوس بود.

بین سبک فرزند پروری سهل‌گیرانه و پر خاشگری، پر خاشگری کلامی، خصومت، خشم و پر خاشگری فیزیکی رابطه وجود نداشت. رابطه بین سبک فرزند پروری دموکراتیک با پر خاشگری و پر خاشگری کلامی مستقیم و با پر خاشگری فیزیکی، خصومت و خشم معکوس بود.

بین سبک فرزند پروری استبدادی و پر خاشگری، پر خاشگری کلامی، خصومت، خشم و پر خاشگری فیزیکی رابطه وجود نداشت. رابطه بین سبک فرزند پروری دموکراتیک با پر خاشگری و مؤلفه‌های آن مستقیم بود.

یافته‌های تحقیق حاضر با یافته‌های تحقیقات مؤسسه ملی سلامت روانی در ایالات متحده (ارگیز و همکاران، ۲۰۰۵)، انگریست و همکاران (۱۹۹۶)، کریستوفر و همکاران (۱۹۹۳)، اسمال و لاستر (۱۹۹۴)، ویلدر و رات (۲۰۰۲)، کاتز و گاتمن (۱۹۹۳) و (ماش و باربر، ۲۰۰۱) که همگی مؤید این بودند که دموکراتیک بودن سبک فرزند پروری والدین

فرضیه سوم: بین سبک فرزند پروری استبدادی والدین و مؤلفه‌های پر خاشگری نوجوانان (پر خاشگری، پر خاشگری فیزیکی، پر خاشگری کلامی، خصومت و خشم) رابطه وجود دارد.

بر اساس جدول شماره ۳ ضریب همبستگی بین سبک فرزند پروری استبدادی با پر خاشگری معنادار نبود و فرضیه تحقیق تایید نشد. ضریب همبستگی بین سبک فرزند پروری استبدادی با پر خاشگری فیزیکی معنادار نبود و فرضیه تحقیق تایید نشد. ضریب همبستگی بین سبک فرزند پروری استبدادی با خصومت معنادار بود و فرضیه تحقیق تایید نشد. همچنین، ضریب همبستگی بین سبک فرزند پروری استبدادی با خشم معنادار نبود و فرضیه تحقیق تایید نشد و در نهایت اینکه ضریب همبستگی بین سبک فرزند پروری استبدادی با پر خاشگری کلامی معنادار نبود و فرضیه تحقیق تایید نشد. جهت رابطه سبک فرزند پروری استبدادی با پر خاشگری و مؤلفه‌های آن مثبت بود.

بحث و نتیجه گیری

بر اساس آنچه دریافته‌ها نشان داده شد، بین سبک فرزند پروری دموکراتیک و پر خاشگری فیزیکی،

باعث کاهش پرخاشگری و مؤلفه‌های آن می‌شود، همخوانی داشت؛ ولی سبک سهل‌گیرانه و بالاخص سبک استبدادی باعث افزایش پرخاشگری و مؤلفه‌های آن می‌شود.

بنابراین سبک فرزندپروری دموکراتیک بیانگر تعامل مناسب و توأم با صمیمیت و در عین حال، کنترل منصفانه و واقع بینانه است، ولی سبک فرزندپروری سهل‌گیرانه و استبدادی بیانگر تعامل نامناسب و نادیده گرفتن و در عین حال، کنترل غیر منصفانه و غیرمنطقی است و با توجه به اهمیتی که جوامع امروزی برای تداوم و بقای خانواده و سلامت روانی افراد جامعه قائل هستند، بررسی مشکلات و عواملی که منجر به زوال خانواده و پرخاشگری فرزندان می‌انجامد، ضروری به نظر می‌رسد، که در این میان خانواده و شیوه برخورد و تربیتی والدین، اصلی‌ترین و بیشترین نقش را در بوجود آمدن مشکلات رفتاری و شخصیتی و اجتماعی در فرزندان می‌شود. بنابراین، امید است از طریق بالا بردن آگاهی والدین در مدارس یا رسانه‌های جمعی سبک فرزندپروری‌شان حول دموکراتیک بچرخد.

در نهایت شایان ذکر است این تحقیق دارای محدودیت‌هایی از قبیل محدودیت در آزمودنی‌ها که فقط مقطع دبیرستان را در نظر رفته بود و همچنین تعداد آنها اندک بود و از طرفی، ابزار اندازه‌گیری پرخاشگری از بابت فهم برای همه در یک سطح نبود، که این موضوع به کاهش در قدرت تعمیم‌پذیری نتایج به‌دست آمده منجر می‌شود. بهتر است با اجرای تحقیقات بر روی گروه‌های دیگر با تعداد

بیشتر و با استفاده از ابزار دیگر برای سنجش پرخاشگری این محدودیت از بین برود.

منابع

- برجعی، ا. (۱۳۸۰). تحول شخصیت در نوجوان، تهران: انتشارات وراى دانش، چاپ اول.
- ثنائی، ب و همکاران. (۱۳۷۹). مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج، تهران: انتشارات بعثت، چاپ اول.
- دلاور، ع. (۱۳۷۹). روش تحقیق در روانشناسی و علوم تربیتی، تهران: نشر ویرایش، چاپ دوازدهم.
- ظروفی، م. (۱۳۸۰). بررسی رابطه میان ساختار خانواده و اختلالات رفتاری، پایان نامه کارشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شبستر.
- فراهانی، م. (۱۳۸۰). پرخاشگری کودکان و ارتباط آن با ساخت خانواده، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم تهران.
- لنگری، م. (۱۳۷۸). بررسی میزان پرخاشگری دانش آموزان مهاجر و غیر مهاجر سال اول متوسطه دبیرستانهای شهر بجنورد، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم تهران.
- موسوی، ا. (۱۳۸۳). خانواده درمانی کاربردی، تهران: انتشارات دانشگاه الزهراء (س)، چاپ دوم.
- مژگانیان، و. (۱۳۸۰). بررسی رابطه بین شیوه‌های فرزند پروری والدین حالات هویت یابی دختران

- Small, S. A., & Luster, T. (1994). Social information processing factors in reactive and proactive Aggression in children's peer groups. *Journal of personality and Social Psychology*. 82, 835-848.
- Sancilio, Michael. F. & Plumert, Jodie. M (1987). Friendship and Aggressiveness As Determinant of Conflict outcomes in middle childhood. *Journal of Personality and Social Psychology*. 53, 1146-1158.
- Wilder, El. & Watt, TT. (2002). Risky parental behavior and adolescent sexual . *Activity at first coitus. Milbank Quarterly*. 80, 481-524.
- نوجوان دبیرستانهای تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات.
- Argys, L. M. and Ress, D. I. (2006). Birth order and Risky adolescent behavior. *Economic Inquiry*. 44, 215-233.
- Angrist, J. D., Imbens, G. W. and Rubin, D.B. (1996). Identification of causal effects using instrumental variables. *Journal of the American statistical Association*. 91, 444-555.
- Mars. J. Growert, Brian. K. (2001). Connectedness and separation in Parent-adolescent relationship. Indicators of a Successful Identity development?. Paper presented at the Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development.

بررسی اثر بخشی زوج درمانی اسلام محور بر خوش‌بینی زوجین شهر اصفهان

عاطفه حیرت^{۱*}، احسان شریفی^۲، دکتر مریم السادات فاتحی زاده^۳، دکتر سید احمد احمدی^۴

۱- دانشجوی دکتری مشاوره خانواده دانشگاه اصفهان

۲- کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه اصفهان

۳- دانشیار گروه مشاوره دانشگاه اصفهان

۴- استاد گروه مشاوره دانشگاه اصفهان

چکیده

هدف این پژوهش، بررسی اثر بخشی زوج درمانی اسلام محور بر خوش‌بینی زوجین بود. این پژوهش، نیمه تجربی از نوع پیش آزمون پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری این تحقیق زوجین مراجعه کننده به مرکز مشاوره جامعه القرآن اصفهان در سال ۱۳۸۷-۱۳۸۸ بودند. نمونه این پژوهش شامل ۳۰ زوج از زوجین مراجعه کننده به مرکز مشاوره جامعه القرآن شهر اصفهان بودند که به صورت گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ زوج) و کنترل (۱۵ زوج) جایگزین شدند. متغیر وابسته در این پژوهش خوش‌بینی زوجین و متغیر مستقل زوج درمانی اسلام محور بود که در هشت جلسه تنظیم و به گروه آزمایش آموزش داده شد. فرضیه‌های این تحقیق این بود که زوج درمانی اسلام محور بر خوش‌بینی زوجین و ابعاد آن مؤثر و تعامل بین تاثیر آموزش و جنسیت معنادار است. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS تحلیل شد. نتایج نشان داد که زوج درمانی اسلام محور خوش‌بینی زوجین و ابعاد آن را به طور معناداری بهبود بخشیده ($p=0/001$) و تعامل بین تاثیر آموزش و جنسیت معنا دار نبوده است. نتیجه پژوهش حاضر، علاوه بر اینکه مؤید تحقیقات قبلی مبنی بر اثرگذاری روش‌های مذهبی در درمان است، راهکار جدیدی برای زوج درمانی، به خصوص در جوامع اسلامی ارائه می‌دهد.

واژه‌های کلیدی: زوج درمانی، زوج درمانی اسلام محور، خوش‌بینی، ابعاد خوش‌بینی

مقدمه

محققان مطالعه بر روی خوش‌بینی را به عنوان یک سازه روان شناختی در قرن بیستم آغاز کردند (میلیگان^۱، ۲۰۰۳). برای بررسی خوش‌بینی، سبک تبیینی، چگونگی اسنادها و خوش‌بینی خلقی بررسی شده است (میلیگان، ۲۰۰۳). خوش‌بینی؛ یعنی امیدوار بودن، سرانجام هر چیزی خوب بودن، داشتن انتظارات مثبت و امیدوارانه و این عقیده که جهانی که داریم، بهترین جهان است (کاترون^۲، ۲۰۰۲).

خوش‌بینی مؤلفه‌های شناختی، عاطفی، جسمانی و رفتاری را دربر می‌گیرد. برای خوش‌بین بودن لازم است به این چهار مؤلفه همزمان توجه کرد (میلیگان، ۲۰۰۳). ضمناً خوش‌بینی با سنجش و اندازه‌گیری عواطف و هیجان‌های فعلی پیش‌بینی می‌شود. رویکردهای روان شناختی خوش‌بینی را یک ویژگی شناختی، یک هدف و یک انتظار قلمداد می‌کنند. خوش‌بینی شناخت صرف نیست و بعد انگیزشی آن نیز باید در نظر گرفته شود. برخی افراد بی‌درنگ خود را خوش‌بین معرفی می‌کنند، در حالی که نمی‌توانند انتظارات همسو با این دیدگاه خوش‌بینانه را بیان کنند. این پدیده می‌تواند صرفاً یک سبک ابراز خود باشد. علاوه بر این، می‌تواند حاکی از وجود ابعاد عاطفی و انگیزشی خوش‌بینی، بدون وجود ابعاد شناختی باشد (کار^۳، ۱۳۸۵، ترجمه کلانتری). در این رابطه تحقیق سلیمانی (۱۳۸۴) نشان داد بین خوش‌بینی و سرزندگی ارتباطی معنادار وجود دارد.

خوش‌بینی یکی از مهمترین مؤلفه‌های روانشناسی مثبت‌نگر است (سلیمانی، ۲۰۰۵). سلیمانی و همکاران خوش‌بینی را به جای یک صفت شخصیتی گسترده به عنوان یک سبک اسنادی تعریف کرده‌اند. طبق این دیدگاه، افراد خوش‌بین رویدادها یا تجربه‌های منفی را با نسبت دادن علت آنها به عوامل بیرونی، گذرا و خاص مانند اوضاع و احوال حاکم، تبیین می‌کنند. برعکس، بدبین‌ها رویدادها یا تجربه‌های منفی را با نسبت دادن علت آنها به عوامل درونی، ثابت و کلی مثل شکست شخصیت تبیین می‌کنند. بنابراین، افراد خوش‌بین به احتمال زیاد می‌گویند در امتحان به این دلیل مردود شدند که پرسش‌های امتحان نادرست طراحی شده بودند یا محیط سالن امتحان مانع تمرکز حواس بود. بر عکس، افراد بدبین به احتمال زیاد شکست خود را به نداشتن شایستگی برای تحصیل در دانشگاه یا کم استعدادی خود نسبت می‌دهند (سلیمانی، ۲۰۰۲). خداوردیان، (۱۳۸۶) در تحقیق خود به این نتیجه رسید که آموزش مهارت‌های خوش‌بینی مادران بر بهبود سبک اسناد و کاهش افسردگی دختران دانش‌آموزشان تاثیر معناداری داشته است. بوستیک^۴ (۲۰۰۳) به این نتیجه رسید که افراد سرزنده تمایل دارند خود و دیگران را مثبت ببینند و وقایع را مثبت تفسیر کنند. این افراد به شکست زیاد فکر نمی‌کنند و در زمان محدود و با مهلت مقرر، صحیح‌ترین برخورد را دارند، لذا خوش‌بینی آنها واقع بینانه است.

1. Milligan
2. Catron
3. Carr

راهبردهای کنار آمدن مؤثرتر، مانند ارزیابی مجدد و مسأله گشایی با فشارهای روانی بهتر کنار می آیند. آنان همچنین به نحو فعال از رویدادهای فشارزای زندگی پرهیز می کنند و شبکه های حمایت اجتماعی بهتری را پیرامون خود می سازند، سبک های زیستی سالمتری دارند که آنان را از ابتلای به بیماری حفظ می کنند و اگر هم بیمار شوند، به توصیه های پزشکی بهتر عمل می کنند و آنها را با الگوهای رفتاری دنبال می کنند که بهبودی را سرعت می بخشند (پترسون، ۲۰۰۶). خوش بینی در برابر پاسخ فیزیولوژیک به فشارزها که می تواند بر رشد بیماری های جسمانی تأثیر داشته باشد، نقش حمایتی دارد. شواهدی وجود دارد که این مطلب را تأیید می کند. رایکونن و همکاران (۱۹۹۹) در این رابطه پژوهشی انجام دادند: مشخصه مهم بررسی آنها این بود که خوش بینی و بدبینی به جای آنکه به صورت یک پیوستار مخالف هم در نظر گرفته شود؛ با ابعاد جداگانه اما مربوط به هم مورد توجه قرار گرفت. شرکت کنندگان این مطالعه مردان و زنان میانسال بودند که طی سه روز فعالیت های معمول از نظر خلق و فشار خون بررسی شدند. افراد بدبین سطح فشار خون بالاتری نسبت به افراد خوش بین داشتند (به نقل از خداوردیان، ۱۳۸۶).

شواهدی وجود دارد که نشان می دهد خوش بینی بهزیستی جسمی را ارتقا می دهد. بیماران قلبی خوش بین تغییرات رفتاری مثبت بیشتری نسبت به همتهای (بیماران قلبی مشابه) بدبین خود دارند. آنها در برنامه غذایی سازش بیشتری داشته، در جلسات

گیلهم (۲۰۰۳) در پژوهش خود دریافت که سبک اسنادی مثبت و تمایل پایدار به اسناد نتایج منفی به عوامل بیرونی، بی ثبات و خاص با تندرستی روان شناختی و سلامتی زوجین رابطه دارد.

از طرف دیگر، برخی خوش بینی را به عنوان صفت شخصیتی پایداری که شامل خلق مثبت یا نگرش مثبت درباره آینده است، در نظر گرفته اند. هیرسچ خلق خوش بینانه را به عنوان نوع عامتر و گسترده تر خوش بینی که اهداف آینده را توسعه می دهد، تعریف می کند (هیرسچ، ۲۰۰۳). مطالعات اسچیر و همکاران (۱۹۹۲) و شلمن^۱ و سلیمگن (۱۹۹۳) بر روی دو قلوها نشان داده است که خوش بینی ارثی است؛ هر چند چگونگی و مکانیسم انتقال آن نامشخص است (میلیگان، ۲۰۰۳). از آنجایی که یافته ها در مورد ارتباط خوش بینی و بدبینی ناهمخوان هستند، تحقیقات بیشتر روان شناسی برای مشخص شدن این متغیرها و ارتباط آنها لازم است (هیرسچ، ۲۰۰۳)؛ ولی در مجموع می توان گفت خوش بینی و بدبینی هر دو نیروهای قدرتمندی هستند و این افراد هستند که دست به انتخاب برای شکل دادن انتظارات خود می زنند (دوس^۲، ۲۰۰۱).

تحقیقات نشان می دهد که به طور کلی بین خوش بینی و سلامت روان ارتباط تنگاتنگی وجود دارد. رمضانی (۱۳۸۳) در تحقیق خود به وجود رابطه بین خوش بینی و سلامت روان در ۴۰۰ دانشجوی دختر و پسر پی برد (به نقل از خداوردیان، ۱۳۸۶).

افراد خوش بین سالمتر و شادترند، دستگاه های ایمنی آنان بهتر کار می کنند. و با بهره گیری از

توان بخشی قلب نیز نام نویسی کردند (سلیمانی، ۱۳۸۴).

تایلر^۱ اظهار می‌دارد خوش‌بینی توان تحمل بیماری‌ها را در افراد افزایش می‌دهد (هیرسچ، ۲۰۰۳). کارور و همکاران (۱۹۹۷ - ۱۹۸۷) نیز نشان داده‌اند خوش‌بینی در میان زنان باردار با سطح پایین افسردگی و سازگاری روان‌شناختی قبل و بعد از زایمان در ارتباط است (کاترون، ۲۰۰۲).

خوش‌بینی علاوه بر تاثیر فردی، در روابط اجتماعی و خانوادگی نیز نقش بسزایی دارد. در زمینه خانوادگی، خانواده‌ها از لحاظ کیفیت روابط درونی به سه دسته تقسیم می‌شوند: ۱) خانواده متزلزل؛ ۲) خانواده متعادل و ۳) خانواده متکامل؛ که از مهمترین ویژگی خانواده متعادل این است که با مثبت‌نگری و خوش‌بینی و توجه به جنبه‌های خوب و برجسته زندگی عوامل موفقیت را احراز می‌کنند (ایزدی، ۱۳۸۶). از مهمترین ویژگی‌های زوجین متعادل، توانایی برخورد با جهان پیرامون به صورت مثبت و سازنده است. در این صورت اعضای خانواده و زوجین در هنگام مواجهه با مسائل، جنبه‌های مثبت آن را مورد توجه قرار داده، از جنبه‌های منفی چشم‌پوشی می‌کنند (سلیگمن^۲، ۲۰۰۲).

زوج‌هایی که خود را مثبت ارزیابی می‌کنند، برای یکدیگر احترام قائل می‌شوند و بر رویدادهای مهم زندگی خود کنترل دارند؛ زیرا بازده مثبتی از کار خود انتظار دارند و چون اعتقاد دارند که سرانجام موفق خواهند شد در برخورد با موانع، راه‌حل‌های مختلفی به کار می‌گیرند و وقتی با یکدیگر اختلاف نظر

دارند، آن را به صورت نامشخص و انتقادات کلی، یا به صورت اهانت کردن به همسر نشان نمی‌دهند، بلکه رفتارهای منفی طرف مقابل را نادیده می‌گیرند و از دیدگاه مثبت به مسأله می‌پردازند (هالفورد^۳، ۱۳۸۴، ترجمه تبریزی). اما باید در نظر داشت که افراد باید یاد بگیرند خوش‌بینی انعطاف‌پذیر داشته باشند؛ برای مثال، خوش‌بینی زیاد با داشتن قضاوت درست به وسیله بدبینی ضعیف متعادل می‌شود (میلیگان^۴، ۲۰۰۳).

هم‌اکنون دیدگاه نظری متعددی با رویکردهای متفاوت به دنبال تبیین و حل تعارض‌های زناشویی هستند (عامری، ۱۳۸۲)، از جمله دیدگاه شناختی-رفتاری، سیستمی، درمان هیجانی و غیره را می‌توان نام برد، لیکن هیچ یک از نظام‌های نظری موجود به تنهایی برای همه بیماران و مشکلات آنها کارایی کامل را ندارد. پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند از طریق رویکردهای التقاطی می‌توان درمان‌های متفاوت و یا ترکیبی از درمان‌ها را برای مشکلات خاص مراجعان به صورت انتخابی تجویز کرد (پروچاسکا و نورکراس^۴، ۱۳۸۱؛ ترجمه سید محمدی). در دو دهه اخیر، رویکرد کل‌گرایانه‌ای در شناخت بشر، راه را برای انجام بررسی‌های بیشتر در زمینه‌های مختلف هموار کرده است. در این رویکرد، معنویت به مثابه بعدی از ابعاد وجودی انسان، همچون بعد شناختی، هیجانی و رفتاری که سازنده ماهیت انسان است، در نظر گرفته می‌شود (ساعد، ۱۳۸۷). علی‌رغم تحقیقات گوناگونی که درباره رابطه مذهب و دینداری با متغیرهای متعدد

3. Halford
4. Prochaska & Norcross

1. Taylor
2. Seligman

روانشناختی - چه در حوزه فردی و چه در حیطه زناشویی - صورت گرفته است، ضرورت استفاده از رویکردهای مذهبی در کنار دیگر تکنیک‌های درمانی، بخصوص در کشورهایی که به اعتقادات مذهبی پایبندی بیشتری دارند، محسوس تر است.

شهینی (۱۳۸۳) با هدف بررسی برازش مدل رابطه بین متغیر نگرش‌های مذهبی، خوشبختی، سلامت روانی و سلامت جسمانی پژوهشی انجام داد. براساس نتایج این پژوهش، مسیرهای مستقیم از نگرش‌های مذهبی به خوش‌بینی، از خوش‌بینی به سلامت روانی و از سلامت روانی به سلامت جسمانی معنی دار بود. همچنین مسیرهای غیر مستقیم از نگرش‌های مذهبی به سلامت جسمانی و از خوش‌بینی به سلامت جسمانی معنی دار بود. نتایج تحقیق جان بزرگی (۱۳۷۸) نشان داد درمانگری با جهت گیری مذهبی بر تمامی عوامل اضطرابی شخصیت در جهت کاهش اضطراب حداقل در سطح ۹۵٪ تأثیر گذاشته است. سلیمانی زاده (۱۳۸۱) در تحقیق خود نشان داد بین میزان افسردگی و نگرش فرد نسبت به امور مذهبی همبستگی معکوس وجود دارد؛ به طوری که با بالا رفتن نگرش مذهبی، میزان افسردگی کاهش می‌یابد.

فقیهی (۱۳۸۱) از رویکرد رفتار درمانی - شناختی با جهت گیری اسلامی برای درمان نوجوانان ۱۷ تا ۱۹ ساله مبتلا به وسواس فکری- عملی استفاده کرده و کارآیی قابل توجه آن را گزارش کرده است. بهرامی (۱۳۸۳) ابعاد رابطه میان جهت گیری مذهبی و سلامت روانی را بررسی کرده است، نتایج حاکی از آن بوده که جهت گیری مذهبی با افزایش سلامت

روانی و کاهش اختلالات روانی رابطه داشته، قادر است به صورت مثبت سبک مقابله مذهبی مثبت را پیش بینی کند. همچنین، رابطه عزت نفس و جهت گیری مذهبی مثبت است. دانش (۱۳۸۳) میزان تأثیر خودشناسی اسلامی در درمان اختلاف‌های زناشویی را بررسی کرده است. نتایج حاکی از آن بوده است که افزایش خود شناسی به طور معنی داری باعث افزایش سازگاری زناشویی می‌شود.

در جامعه اسلامی چنانچه خانواده بر پایه دستورات اسلامی بنا شود و زن و شوهر حقوق و وظایف دینی خود را در قبال یکدیگر بشناسند و اصول رفتاری و ارتباطی را که توسط آیات و روایات ارائه شده، رعایت کنند، می‌توانند به نهایت آرامش و سکینه ای که خداوند در ازدواج به ودیعه گذاشته است، نائل شوند و شیرینی دنیوی و اخروی یک زندگی شاد و سالم را بچشند. بنابراین، پژوهش حاضر در راستای چنین اهدافی با تنظیم جلساتی با عنوان زوج درمانی اسلام محور که در ادامه توضیح داده خواهد شد، انجام گرفت و سعی شد با استفاده از آیات، روایات، مباحث فقهی و متون مذهبی مرتبط با خانواده و زوجین، فنون و تکنیک‌هایی بر پایه تعالیم اسلامی در کنار مباحث علمی به زوجین آموزش داده شود تا با استفاده از آن همسران با نگاهی مثبت و سرشار از امید و خوش‌بینی زندگی سالم و سازگاری را سپری کنند. با توجه به جامعیت نسبی مدل زوج درمانی اسلام محور انتظار می‌رود آموزش آن به طور کلی وضعیت موجود زوج‌ها را در زمینه‌های متفاوت ارتقا ببخشد. لذا لازم است اثربخشی آن بر متغیرهای مختلف سنجیده شود که در

این مقاله به بررسی میزان تاثیر آن بر خوش‌بینی زوجین پرداخته شده است.

روش تحقیق

طرح این تحقیق نیمه تجربی بود و در آن از پیش آزمون - پس آزمون و دو گروه آزمایش و کنترل استفاده شد. در این پژوهش امکان انتخاب شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی میسر نبوده، تنها گمارش تصادفی صورت گرفته است؛ یعنی شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جای گرفته‌اند.

در گروه آزمایش متغیر مستقل؛ یعنی زوج درمانی اسلام محور اعمال شد، در حالی که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. زوج درمانی اسلام محور، رویکردی است که سعی در ارتقای روابط زوجین بر پایه آموزه‌های دینی دارد. لذا در جلسات درمانی به موانع و تسهیلگرهای ارتباطی از دیدگاه اسلام؛ حقوق زن و مرد بر اساس آموزه‌های مذهبی؛ لزوم شناخت خویش و شناخت همسر و اهمیت فکر و شناخت و تأثیر آن بر قلب و احساس؛ و تأثیر حسن ظن و سوء ظن بر روابط انسانی و تعریف اقسام آن؛ خشم و چگونگی کنترل آن و تأثیر عذرپذیری، عذرخواهی، عزت و گذشت در روابط زوجی؛ اضطراب و تأثیر آن بر سلامت روح و جسم و راه‌های ایجاد سکینه و آرامش و نهایتاً روابط جنسی ازدیدگاه اسلام و آشنایی با اختلالات جنسی و روش صحیح ارتباط جنسی پرداخته می‌شود. تکنیک‌های مورد استفاده‌ای که زیربنای علمی؛ ولی محوریت اسلام و مبانی دینی، داشت را می‌توان در چهار قالب

کلی : ۱) شناختی؛ ۲) فراشناختی؛ ۳) انگیزشی؛ ۴) رفتاری قالب دهی کرد.

در هر دو گروه آزمایش و گواه، دو بار پرسشنامه خوش‌بینی زوجین به عنوان پیش آزمون و پس آزمون اجرا شد. متغیرهای پژوهش شامل یک متغیر مستقل (زوج درمانی اسلام محور) و یک متغیر وابسته (خوش‌بینی) بود. جلسات زوج درمانی برای زوجین به صورت همزمان برگزار شد و محاسبه نمره پرسشنامه خوش‌بینی زوجین به تفکیک زن و مرد محاسبه شد.

جامعه آماری

جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی زوجین مراجعه‌کننده برای مشاوره زناشویی به مرکز مشاوره جامعه القرآن شهر اصفهان در سال ۸۸ هستند.

نمونه و روش نمونه‌گیری

به منظور نمونه‌گیری تحقیق به شیوه در دسترس، در مرکز مشاوره جامعه القرآن اصفهان برای شرکت در دوره اطلاعیه زده شد و ۶۰ نفر (۳۰ زوج) داوطلب به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (در حال انتظار) جایگزین شدند. ضمن ثبت نام، تعهداتی از زوجین مبنی بر عدم ترک گروه، صداقت، رازداری و سایر موارد گرفته شد.

متغیرهای پژوهش

۱- متغیر مستقل: در این پژوهش روش زوج درمانی اسلام محور به عنوان متغیر مستقل در نظر گرفته شده است که طی هشت جلسه در گروه آزمایش اعمال شد و خلاصه آن در جدول زیر ارائه شده است.

۲- متغیر وابسته: نمره‌های پس آزمون شرکت وابسته این پژوهش است.

کنندگان در پرسشنامه خوش بینی زناشویی متغیرهای

جلسه	اهداف و خلاصه جلسه
جلسه اول	در این جلسه ضمن آشنایی اعضای گروه و مشاور، توضیح کاملی پیرامون جلسات و عناوین آن و روند کار در این دوره داده شد و زوجین درباره قواعد گروهی توجیه شدند و تعهدات لازم مطرح شد.
جلسه دوم	در این جلسه نمای کلی خانواده از منظر اسلام و دستورات الهی مبنی بر وظایف و اختیارات هر یک از همسران برای زوجین شرح داده شده، باعث و تبادل نظر پیرامون علل تحکیم یا سست شدن این بنیاد مقدس ادامه یافت و در پایان، ویژگی زوجین سازگار و عوامل دخیل در سازگاری عنوان شد.
جلسه سوم	محوریت اصلی در این جلسه، اصول ارتباطی زن و شوهر از دیدگاه اسلام بود که درباره موانع و تسهیلگرهای ارتباطی با نگاه دینی و سپس با نگاه علمی، آموزش‌هایی داده شد. البته، با توجه به دامنه وسیع بحث موردنظر، استفاده از جزوات مربوطه در تمامی جلسات و این جلسه جزء دستور کار قرار خواهد گرفت.
جلسه چهارم	با توجه به اینکه خوش بینی متغیر وابسته این پژوهش بود، لازم بود جلسه‌ای با این عنوان برگزار شود. در این جلسه درباره تعاریف خوش بینی، ایجاد آن و معادل خوش بینی در مباحث دینی و روایی که حسن ظن است، صحبت شد.
جلسه پنجم	در این جلسه درباره یکی از هیجان‌های مهم که مدیریت نکردن آن تأثیری مستقیم در ناسازگاری زناشویی دارد، بحث شد. تعریف کنترل خشم و شیوه صحیح ابراز آن و نهایتاً رسیدن به عفو و گذشت و حتی احسان طبق مدل اسلامی «والکاظمین الغیظ»
جلسه ششم	در این جلسه درباره به لزوم خودشناسی و خودسازی بحث شد و اینکه برای یک زندگی ایده آل تر و رسیدن به کمال والاتر، تغییراتی هم در زن و هم در شوهر لازم است که مقدمه آن شناخت ویژگی‌های مثبت و منفی خود و تلاش بیشتر برای بهتر شدن است.
جلسه هفتم	با توجه به اینکه در طی جلسات قبل صمیمیت و احساس اطمینان و اعتماد بیشتری در جو گروه ایجاد شد، این جلسه زمان مناسبی برای طرح مسائل جنسی بود که با توجه به فقر آموزشی در این زمینه و اینکه بسیاری از مشکلات و تعارضات زناشویی مستقیم یا غیرمستقیم مربوط به ارتباط جنسی مشکل دار است، اطلاعات لازم در زمینه اهمیت مسائل جنسی در اسلام و راهکارهای ارائه شده توسط قرآن و احادیث معصومین و همچنین مباحث مربوط به اختلالات جنسی و خلاصه ای از درمان آن ارائه شد.
جلسه هشتم	در جلسه آخر ضمن اشاره به اختلافات زناشویی و ریشه‌های آن، الگوهای مربوط به روش صحیح در برخورد با مشکل و شیوه حل آن به زوجین آموزش داده شد و جمع بندی جلسات و ارائه پیشنهادها و انتقادات صورت گرفت و پرسشنامه‌های مربوطه به عنوان پس آزمون دوباره در اختیار زوجین قرار داده شد.

ابزار پژوهش

پرسشنامه خوش‌بینی زوجین

این پرسشنامه توسط میر احمدی (۱۳۸۷) ساخته و هنجاریابی شد. برای تنظیم فرم اولیه ۶۶ سوال برای سنجش خوش‌بینی طرح شد. پاسخگویی به سوال‌ها بر اساس طیف لیکرت از خیلی زیاد، زیاد، تا حدی، کم، خیلی کم ۴-۳-۲-۱-۰ نمره گرفت. برای بررسی روایی محتوایی، این پرسشنامه در اختیار پنج متخصص قرار گرفت و تایید شد.

برای برآورد اعتبار پرسشنامه همسانی درونی و ضریب اعتبار آن از روش آلفای کرونباخ استفاده شده است. ضریب اعتبار آزمون ۰/۹۶ به دست آمد. برای تعیین روایی سوال‌ها همبستگی هر سوال با نمره کل

آزمون محاسبه گردید. این پرسشنامه شامل سه بعد است: بعد اول: خوش‌بینی نسبت به خود دارای ۱۷ سوال، بعد دوم: خوش‌بینی نسبت به دیگران دارای ۱۷ سوال و بعد سوم: خوش‌بینی نسبت به دنیا با ۱۶ سوال (میر احمدی، ۱۳۸۷).

روایی همزمان پرسشنامه از طریق همبستگی با آزمون جهت‌گیری زندگی محاسبه شد که در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بود (میر احمدی، ۱۳۸۷).

یافته‌های پژوهش

- فرضیه ۱ تأثیر متقابل جنسیت و عضویت گروهی بر میزان خوش‌بینی معنادار است.

جدول ۱ نتایج تحلیل کواریانس مربوط به بررسی اثر بخشی زوج درمانی اسلام محور بر نمره کل خوش‌بینی زوجین

در دو گروه آزمایش و کنترل

شاخص‌های آماری منبع محاسبات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	میزان تأثیر	توان آماری
پیش آزمون	۱۱۹۲۹/۳۰	۱	۱۱۹۲۹/۳۰	۴۹۱/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۸۹	۱/۰۰
عضویت گروهی	۴۷۴۷/۸۲	۱	۴۷۴۷/۸۲	۱۹۵/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۷۸	۱/۰۰
جنسیت	۱۰/۶۴	۱	۱۰/۶۴	۰/۴۳	۰/۵۱	۰/۰۰۸	۰/۱
تعامل جنسیت گروه	۰/۹۹	۱	۰/۹۹	۰/۰۴	۰/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۰۵

بر اساس نتایج جدول ۱ اثر متقابل جنسیت و عضویت گروهی بر نمره کل خوش‌بینی زوجین معنا دار نبود ($p > 0/05$). این بدان معناست که اثر بخشی زوج درمانی اسلام محور تحت تأثیر جنسیت قرار ندارد و تأثیر آن در مردان و زنان تفاوتی نداشته است و در نتیجه فرضیه ۱ تأیید نمی‌گردد.

- فرضیه ۲ تأثیر زوج درمانی اسلام محور بر میزان خوش‌بینی معنادار است.

همان‌طور که در جدول ۱ مشهود است، تفاوت بین دو گروه آزمایش و کنترل در میانگین کل خوش‌بینی معنادار است ($p < 0/001$). توان آماری ۱/۰۰ بدست آمده و بدین معناست که در صورت

۱۰۰ بار تکرار تحقیق، امکان تأیید فرض صفر به اشتباه، صفر است. به عبارت دیگر، دقت آزمون در کشف تفاوت‌ها بسیار بالا است و نمونه تحقیق کفایت می‌کند. در نتیجه، زوج درمانی اسلام محور بر خوش‌بینی زوجین مؤثر بوده است ($p < 0/001$) و فرضیه ۲ تأیید می‌شود. یافته‌ها نشان می‌دهد که پیش آزمون بر نتایج پس آزمون تأثیر معناداری داشته و در این پژوهش کواریت شده است.

جدول ۲ نتایج مربوط به میانگین‌های تعدیل شده خوش‌بینی در دو گروه پس از کنترل پیش آزمون

گروه	میانگین تعدیل شده	انحراف استاندارد	تفاوت میانگین‌های دو گروه	سطح معناداری	تعداد
آزمایش	۱۲۵/۰۸	۰/۹۰	۱۷/۷۹	۰/۰۰۱	۳۰
کنترل	۱۰۷/۲۸	۰/۹۰	-۱۷/۷۹	۰/۰۰۱	۳۰

جدول ۲ نتایج مربوط به مقایسه میانگین‌های تعدیل شده نمره کل خوش‌بینی پس از کنترل پیش آزمون است که تفاوت مشاهده شده میانگین‌ها معنادار است ($p < 0/001$).
- فرضیه ۳ زوج درمانی اسلام محور بر ابعاد خوش‌بینی زوجین (خوش‌بینی نسبت به خود، خوش‌بینی نسبت به دیگران و خوش‌بینی نسبت به دنیا) مؤثر است.

جدول ۳ خلاصه نتایج تحلیل کواریانس مربوط به نمره‌های ابعاد خوش‌بینی زوجین در دو گروه آزمایش و کنترل

ابعاد خوش‌بینی	شاخص‌های آماری		مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	میزان تأثیر	توان آماری
	منبع محاسبه								
خوش‌بینی نسبت به خود	پیش آزمون	۶۱۹/۵۲	۱	۶۱۹/۵۲	۳۰۲/۵۷	۰/۰۰۱	۰/۸	۱/۰۰	
	عضویت گروهی	۳۷۸/۶۰	۱	۳۷۸/۶۰	۱۸۴/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۷۷	۱/۰۰	
خوش‌بینی نسبت به دیگران	پیش آزمون	۱۴۷۲/۲۲	۱	۱۴۷۲/۲۲	۹۴/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۶۴	۱/۰۰	
	عضویت گروهی	۳۷۶/۷۳	۱	۳۷۶/۷۳	۲۴/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۳۱	۰/۹۹	
خوش‌بینی نسبت به دنیا	پیش آزمون	۷۹۵/۸۷	۱	۷۹۵/۸۷	۲۷۱/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۸۳	۱/۰۰	
	عضویت گروهی	۲۷۶/۸۳	۱	۲۷۶/۸۳	۹۴/۳۱	۰/۰۰۱	۰/۶۴	۱/۰۰	

همان طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، میانگین نمره‌های خوش‌بینی در سه بعد خوش‌بینی نسبت به خود ($p < 0/001$)، خوش‌بینی نسبت به دیگران ($p < 0/001$) خوش‌بینی نسبت به

دنیا ($p < 0/001$) به طور معناداری بیشتر از گروه کنترل در ابعاد خوش‌بینی هم اثر پیش‌آزمون بر متغیر وابسته کواریت شده که میانگین‌های تعدیل شده در جدول ۴ قابل مشاهده است.

جدول ۴ نتایج مربوط به میانگین‌های تعدیل شده ابعاد خوش‌بینی در دو گروه بعد از کنترل پیش‌آزمون

ابعاد خوش‌بینی	گروه	میانگین‌های تعدیل شده	انحراف معیار	تعداد
خوش‌بینی نسبت به خود	آزمایش	۴۵/۶۱	۰/۲۶	۳۰
	کنترل	۴۰/۴۵	۰/۲۶	۳۰
خوش‌بینی نسبت به دیگران	آزمایش	۵۲/۴۷	۰/۷۳	۳۰
	کنترل	۴۷/۳۲	۰/۷۳	۳۰
خوش‌بینی نسبت به دنیا	آزمایش	۴۳/۳۰	۰/۳۱	۳۰
	کنترل	۳۸/۸۹	۰/۳۱	۳۰

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که زوج درمانی اسلام محور بر خوش‌بینی زوجین در سطح $p < 0/05$ مؤثر بوده است. توان آماری به دست آمده ($1/00$) بدین معناست که در صورت ۱۰۰ بار تکرار تحقیق امکان تأیید فرض صفر به اشتباه، صفر است. به عبارت دیگر، دقت آزمون در کشف تفاوت‌ها بسیار بالاست و نمونه تحقیق کفایت می‌کند.

با توجه به اینکه خوش‌بینی متغیر مهم و تأثیرگذاری در رابطه با مسایل خانوادگی و زوجی است، این متغیر به عنوان متغیر وابسته تحقیق انتخاب شد. تحقیقات نشان داده است که خوش‌بینی با شادی، سازگاری، رضایتمندی زوجین و بسیاری از متغیرها رابطه‌ای نزدیک دارد. همسرانی که نگرش مثبتی نسبت به خود و دیگران دارند، کمتر از همسرانی که نگرش منفی به خود دارند، دچار افسردگی می‌شوند

و شادی زناشویی بیشتری را گزارش می‌کنند (دینر، ۲۰۰۴).

نتایج پژوهش جی اسونس^۱ (۲۰۰۶) بر روی نمونه ۶۰ نفری، نشان داد که بین خوش‌بینی و مقاومت در برابر استرس رابطه مثبت معناداری وجود دارد. افراد خوش‌بین در برابر استرس مقاومتر از افراد بدبین بودند. همچنین بین خوش‌بینی و رضایت زناشویی رابطه مثبت معناداری به دست آمد و زوجین خوش‌بین از رضایت زناشویی بالاتری برخوردار بودند. در پژوهشی که توسط مونتریو (۲۰۰۶) بر ۶۰ زوجی که بیشتر از ۱۰ سال از زندگی آنها گذشته بود، انجام گرفت، مشخص شد زوجین خوش‌بین سازگاری بیشتری در زندگی گزارش می‌کنند و موفقیت بیشتری در تحصیلات دانشگاهی دارند. این زوجین هنگام تعارض از مهارت‌های حل مسأله بیشتری استفاده می‌کنند.

تقسیم بندی کلیه روابط در بستر دینی سه قسم ارتباط با خود، ارتباط با خدا و ارتباط با مردم را شامل می شود؛ در رابطه با خوش بینی نیز احادیث در این سه حیطه جمع آوری شد که شایان ذکر است ارتباط با همسر و حسن ظن نسبت به او در بعد خوش بینی به دیگران مورد بحث قرار گرفت.

این پژوهش نشان داد میانگین نمره های خوش بینی گروه آزمایش در سه بعد خوش بینی نسبت به خود، نسبت به دیگران و نسبت به دنیا نیز به طور معناداری بیشتر از گروه کنترل است ($p < 0/001$). با توجه به اینکه ابعاد خوش بینی با یکدیگر در ارتباط هستند، طبیعتاً تغییر در یک بعد، به تغییر در ابعاد دیگر منجر می شود. زمانی که افراد دیدگاه مثبتی نسبت به خود داشته باشند، متقابلاً وجوه مثبت دیگران را بهتر درک می کنند. این مساله در زنان و مردان تفاوتی نمی کند و هنگامی که افراد با هر جنسیتی می آموزند که نگاه خوشبینانه داشته باشند، در نوع نگاه آنها نسبت به خود، دنیا و دیگران تاثیر خواهد گذاشت.

همچنین، زوج درمانی اسلام محور در هیچ یک از ابعاد تحت تأثیر جنسیت قرار نداشته و تأثیر آن در زنان و مردان تفاوت معناداری نداشته است ($p > 0/05$)، ضمناً اثر متقابل جنسیت و عضویت گروهی بر نمره کل خوش بینی زوجین معنادار نبوده است ($p > 0/05$). در تبیین این نتایج می توان گفت در گروه هر دو جنس مشارکت فعالانه ای داشتند و نظرهای خود را به نحو خوبی بیان کردند و تکالیف را انجام دادند. هنگامی که یک نفر تغییر می کند، اثر گلوله برفی اتفاق می افتد و در بسیاری از موارد

خداوردیان (۱۳۸۶) نیز در تحقیق خود به این نتیجه رسید که آموزش مهارت های خوش - بینی مادران بر بهبود سبک اسناد و کاهش افسردگی دانش آموزان دختر تاثیر معناداری داشته است. همچنین میراحمدی (۱۳۸۶) در تحقیق خود به این نتیجه رسید که زوج درمانی کوتاه مدت به شیوه خودتنظیمی بر خوش بینی زوجین تاثیر دارد.

به همین دلایل در جلسات درمان به خوش بینی پرداخته شد و زوجین شیوه پرورش خوش بینی و تغییر سبک اسناد را فراگرفتند. همچنین، به زوجین آموزش داده شد که در تعارضات زناشویی و هنگام حل مسأله چگونه رویکرد خوش بینانه تری اتخاذ کنند. علاوه بر این، از آنجا که خوش بینی نوعی نگرش و شیوه تفکر است، کار کردن روی افکار و شناخت شرکت کنندگان، ضروری به نظر می رسید؛ لذا با آموزش افکار غیر - منطقی، زوجین یاد گرفتند که آن ها را تشخیص داده، افکار مثبت خوش بینانه تری را جایگزین نمایند.

علاوه بر مطالب فوق، در تبیین نتایج پژوهش می توان به این نکته اشاره کرد که حسن ظن، واژه معادل خوش بینی در منابع اسلامی است که در جلسات آموزشی به آن پرداخته شد و زوجین با تاکید بر آموزه های دینی آموختند که چگونه می توانند خوش بین باشند و در جریان عواقب دنیوی و اخروی بدبینی و سوء ظن قرار گرفتند. در متون روایی نقل شده است که حسن ظن و گمان نیک (خوش بینی) از حسن ایمان ناشی می شود؛ هر چه ایمان انسان محکمتر باشد و سینه اش از تیرگی و سیاهی سالمتر باشد؛ حسن ظن او بیشتر می شود. و از آنجا که

هنگامی که زن تغییر می‌کند و از موضع خشک به موضع انعطاف پذیرانه تری متمایل می‌شود، مرد نیز منعطف تر پاسخ می‌دهد. زمانی که زوجین می‌آموزند که مسئولیت شخصی خود را برای تعارض در زندگی بپذیرند، هر دو احساس بهتری درباره خود و رابطه خواهند داشت.

در نتیجه گیری از پژوهش فوق این نکته را نباید نادیده گرفت که میزان تقیدات مذهبی و دغدغه افراد برای آگاهی و اجرای دستورهای دینی و میزان پذیرش آنها نسبت به باید‌ها و نبایدهای حکیمانه و دقیق اسلام در حیطه مسایل زناشویی در کاربردی تر کردن این شیوه درمانی دخیل است و با توجه به اینکه این تحقیق در جامعه القرآن و بر نمونه ای که گرایش‌های مذهبی دارند، انجام گرفته است، در تعمیم آن به سایر افراد باید احتیاط شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود تحقیقات بیشتر در این زمینه و بر نمونه‌های مختلف انجام گردد. نتایج این تحقیق همسو با پژوهش‌های فراوانی است که در رابطه با تاثیر نگرش‌ها و اعتقادات مذهبی بر ابعاد مختلف زندگی زوجی صورت گرفته است که به چند مورد اشاره می‌شود.

سلطانی زاده و همکاران (۱۳۸۶) در پژوهشی نشان دادند، اعتقاد به اصول دین و نگرش مذهبی، یکی از پیش بینی کننده‌های رضایت از زندگی است. خدایاری فرد، شهابی و اکبری (۱۳۸۶) به بررسی رابطه نگرش مذهبی با رضایتمندی زناشویی در دانشجویان متأهل پرداختند. نتایج این پژوهش حاکی از آن بود که بین نگرش مذهبی و رضایتمندی زناشویی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. ساکسنا و همکاران (۲۰۰۶) در هجده کشور جهان به منظور مشاهده چگونگی رابطه معنویت، مذهب و باورهای

شخصی با کیفیت زندگی، پژوهشی انجام دادند. نتایج همبستگی بالایی بین این مؤلفه‌ها با همه حوزه‌های کیفیت زندگی در سطح ($P < 0.01$) را نشان داد. همچنین نتایج حاکی از آن بود که زنان در مقایسه با مردان ایمان و احساس معنویت بیشتری را گزارش کردند.

کال کورتیس والیسون (۲۰۰۲) در مطالعات خود از مشارکت مذهبی زوجین نشان دادند که هر چه میزان زمان سپری شده زوجین در انجام عبادات بیشتر باشد، افزایش تعهد خانوادگی و نیز کاهش منازعات زناشویی را برای آنها به ارمغان خواهد آورد و شادمانی و رضایتمندی زناشویی بیشتر را تجربه خواهند کرد (به نقل از برانت، ۲۰۰۳).

لذا به نظر می‌رسد راهبردهای درمانی متناسب با فرهنگ جامعه دینی و مذهبی که البته با نیازهای وجودی انسان متناسب است، مخصوصاً در زمینه زوج درمانی و خانواده درمانی بسیار مورد نیاز است و غفلت از ارزش‌های مذهبی در شیوه‌های درمانگری را می‌توان از دست دادن حوزه وسیع و غنی از راهبردهای مقابله‌ای و درمانی تلقی کرد.

منابع

- آقامحمدی، ک. (۱۳۸۰). بررسی رابطه خوش‌بینی-بدبینی با سلامت عمومی، پایان نامه کارشناسی، دانشگاه اصفهان.
- احمدی، ا. (۱۳۸۴). مقدمه ای بر مشاوره و روان‌درمانی، اصفهان: انتشارات دانشگاه اصفهان.
- امینیان، ف. و همکاران. (۱۳۸۵). تفکر مثبت، انجمن علمی آموزش مدرسين آموزش خانواده: نشر تهران.

- انصاریان، ح. (۱۳۷۸). *نظام خانواده در اسلام*، قم: انتشارات ام ابیها، چاپ دهم.
- پاک نیا، ع. (۱۳۸۵). «عوامل استحکام روابط خانوادگی در قرآن کریم»، *روزنامه کیهان*، ش ۱۸۵۶۳، ص ۶.
- جان بزرگی، م. (۱۳۸۷). *بررسی اثر بخشی روان درمانگری کوتاه مدت با ویدئون جهت گیری مذهبی بر مهار، اضطراب و تنیدگی*، رساله دکتری روانشناسی، دانشگاه تربیت مدرس.
- خدا بخشی، م. (۱۳۸۳). *هنجاریابی پایایی و روایی مقیاس خوش بینی در شهر اصفهان*، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه اصفهان.
- خداوردیان، ز. (۱۳۸۶). *اثر بخشی آموزش مهارت های خوش بینی مادران بر بهبود سبک اسناد و کاهش افسردگی دانش آموزان دختر مقطع اول و دوم راهنمایی شهر تهران در سال ۸۵-۸۶*، پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه تهران.
- زادهوش، س. (۱۳۸۷). *مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری مذهبی و گروه درمانی شناختی- رفتاری کلاسیک بر روابط و رضایت زناشویی بانوان*، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه اصفهان.
- سلیمانی، ف. (۱۳۸۴). *هنجاریابی و اعتبار یابی مقیاس های خوش بینی و سرزندگی در دانش آوزان دوره راهنمایی استان اصفهان*، طرح تحقیقاتی آموزش و پرورش، شورای تحقیقاتی استان اصفهان.
- عرب هاشمی، م. (۱۳۸۸). *بررسی عوامل مؤثر در تحکیم خانواده، در پرتو سیره و سخنان اهل بیت (ع)*، همایش مشاوره خانواده و بهداشت جنسی، مجموعه چکیده مقالات، تهران.
- کار، آ. (۱۳۸۵). *روانشناسی مثبت، ترجمه کلاتری، م. اصفهان: دانشگاه اصفهان*.
- میراحمدی، ل. (۱۳۸۶). *تأثیر زوج درمانی کوتاه مدت به شیوه خود تنظیمی بر خوش بینی و شادی زوجین شهر اصفهان*، پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه اصفهان.
- نکویی، م. (۱۳۸۳). *رابطه دینداری با رضایتمندی زناشویی در بین زوج های شهر تهران*، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهرا (س).
- نیلی پور، م. (۱۳۸۵). *بهشت اخلاق، ج اول و دوم*، قم: موسسه تحقیقاتی حضرت ولی عصر (عج).
- نیلی پور، م. (۱۳۸۵). *مدیریت خانواده، ج اول و دوم*، قم: سلسبیل.
- Abela, J. R. & Brozina, K. & Seligman, M. E. (2004). A test of integration of the activation hypothesis and the diathesis stress component of the hopelessness theory of depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, (2), 111-128.
- Ai, A. L. & Park. C. L. (2005). Possibilities of the positive following violence and trauma . informing the coming decade of research: *Journal of Interpersonally Violence*, 20, (2), 242-250.
- Azhar, M. Z. & Varma, S. L. & Dharap, A. S. (1997). Religious psychotherapy of bereavement. *Journal of Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90 , (1) , 1-3.
- Barlow, J. P. (2002). *The measurement of optimism and hope in relation in college student retention and academic success*. PhD dissertation. Iowa State University.
- Brandt, S. (2003). *Religious and marital satisfaction: couples that pray together, stay together*. From <http://www.Irandoc.ac.ir>.
- Brown, N. (1998). Relationship Belief and Marital Expectation. *Journal of Marriage and Family*, 22, (3), 211-224.
- Carr, A. (2004). *Positive psychology the science of Happiness and Human Strengths*. Available:<http://www. Findarticle.com>.
- Carsten, W. (2007). Personality and quality of life the importance of optimism and goal adjustment. *Quality of Life Research*, 12, 26-72.
- Catron , L. S. (2002). *Optimism and responses to relationship dissatisfaction*. Ms Dissertation. California State University.

- treatment of clinical depression in religious individual. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 60, 94-103.
- Saxena, shekhar. (2006). A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. *Journal of Social Science and Medicine*, 62, 1489-1497.
- Schweizer, K. (2001). *The assessment of components of optimism by POSOE*. Personality and Individual Difference, 31, 263-274.
- Seligman, M. (2002). *Learned optimism: How to change your mind and your life*. New York : Alfred knopf.
- Seligman, M. (2004). *Learned optimism yields. Health Benefits*. The psychological record. American Psychology Association (APA).
- Sherkat, parren E. (2004). Religious intermarriage in the united states : trends, patterns and predictors. *Journal of Social Science Research*.
- Svence, G. (2006). Optimism and pessimism in relation to stability over stress and job. *Journal of Counseling & Development*, 82, 58- 68.
- Tiger, L. (1979). *Optimism : The Biology of Mope*. New York: Simon & Schuster.
- Wendel, R. (2003). Lived Religion and Family Therapy: What does spirituality have to with it? *Journal of Family Process*, 42, (1), 165.
- Yates, M. Sh. (2000). *Student optimism and pessimism during the transition to co-education*. The Psycholo gical Record. Flinders University, Adelaide Australia.
- Chiara, M. A. (2002). *Multidimensional optimism and well – being: A prospective study of multiple consents of optimism as protective factor following high stress*. PhD dissertation. Temple University.
- Devos. R. (2001). Choose optimism. Available: <http://www.Findarticles.com>.
- Diblassio.F.A& Benda, B. (1991). Practitioners Religion and use of forgiveness in the clinical setting. *Journal of Psychology and Christianity*. 10, 166- 192.
- Dull Valeria, T. & Skokan, L. A. (2005). A Cognitive model of religions influence of health. *Journal of Social Issues*, 51, (2), 49-64.
- Greef. A. & Bruyne, T. (2000). Conflict management style and marital satisfaction. *Journal Sex and Martial Therapy*. 26, 321-334.
- Hill, P. C. & pargament, I. (2003). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality. Implications for physical and mental health research. *Journal of Psycology*, 58 , (1), 64-74.
- Hirsch, J. K. (2003). *A examination of optimism, Pessimism and hopelessness as predictors of suicidal indention in college students . A test of moderator model*. PhD dissertation for psychology. University of Wyoming.
- Johnson, D. M. & Cohen, C. L. (2005). Problem-Solving Skills and Affective Expressions as Predictors of Change in Marital Satisfaction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, (1), 15- 27.
- Kennedy, D. K. & Hughes, B. M. (2004). *Optimism-neuroticism Question: An evaluation based on cardiovascular reactivity in Female college student*. The Psychological Record.
- Kwileecki, S. (1998). A case study Review of Religious Research. *Journal of Religious Orientation and Personality*. 12, 65-95.
- Miler, G. (2003). *In corporation Spirituality in Counseling and psychotherapy (Theory and Technique)*. New Jersey: John Wiley.
- Milligan, M. (2003). *Optimism and five-factor model of personality, Coping and health. Behavior*. PhD dissertation psychology's, Personality. Burn University.
- Petersons E. S. (2006). The future of optimism. *American Psyehologist* .55 (1): 44-55.
- Propest , L. R. & Ostrom, R. & Watkins, P. & Dean, T. & Mashbum ,D.(1992). Comparativeefficacy of relations and non-religious cognitive behavioral therapy for the

اثربخشی درمان عقلانی-عاطفی-رفتاری گروهی بر عقاید ناکارآمد دانش آموزان دختر دوره متوسطه

فریبا حسینی^۱، مهشید محزونی نجف‌آبادی^{۲*}، فرح لطفی کاشانی^۳

۱- استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی

۲- کارشناس ارشد مشاوره و راهنمایی - دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران

۳- دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن

چکیده

هدف این پژوهش، بررسی اثربخشی مشاوره گروهی با روش «عقلانی-عاطفی-رفتاری» بر کاهش عقاید ناکارآمد دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه بوده است. جامعه تحقیق حاضر شامل کلیه دانش‌آموزان دختر سال سوم دوره متوسطه شهر نجف‌آباد بود که در سال تحصیلی ۹۰-۸۹ در یکی از مدارس دوره متوسطه شهر نجف‌آباد مشغول به تحصیل بودند. روش نمونه‌گیری در این پژوهش «خوشه‌ای تصادفی چندمرحله‌ای» بود که در نهایت ۲۴ دانش‌آموز پایه سوم متوسطه به عنوان گروه نمونه انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه ۱۲ نفره تقسیم شدند که به صورت تصادفی در یکی از گروه‌های کنترل و آزمایش قرار گرفتند. از هر دو گروه، یک پیش‌آزمون گرفته شد. سپس درمان «عقلانی-عاطفی-رفتاری» به صورت گروهی بر اساس برنامه‌ای شامل ۱۰ جلسه آموزشی با مدت زمان ۹۰ دقیقه در هر جلسه، بر روی گروه آزمایش اجرا گردید. در راستای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش، به منظور توصیف آماری از شاخص‌های آمار توصیفی و به منظور تحلیل‌های استنباطی و آزمون فرضیه‌های تحقیق، از روش تحلیل کوواریانس به وسیله spss 16 استفاده شد. در نهایت، مشخص گردید که درمان «عقلانی-عاطفی-رفتاری» گروهی بر عقاید ناکارآمد دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه تاثیر دارد ($p = .05$) و باعث کاهش ۳۲ درصدی عقاید ناکارآمد دانش‌آموزان می‌گردد. پس از اجرای درمان «عقلانی-عاطفی-رفتاری» گروهی، از بین خرده مقیاس‌های عقاید ناکارآمد، «انتظارات بیش از حد از خود» ($P = .05$) ۱۸ درصد، «نگرانی زیاد توأم با اضطراب» ($P = .04$) ۲۳ درصد، «درماندگی برای تغییر» ($P = .05$) ۲۱ درصد، «توقع تایید از دیگران» ($P = .03$) ۱۹ درصد و «وابستگی» ($P = .01$) ۱۱ درصد.

$P = ۰.۰۵$ درصد کاهش یافت. این روش بر کاهش عقاید ناکارآمد «کمال گرایی»، «واکنش در مقابل ناکامی‌ها»، «بی‌مسئولیتی عاطفی»، «اجتناب از مشکل» و «سرزنش کردن خود» موثر نبود.

واژه‌های کلیدی: مشاوره گروهی به روش عقلانی - عاطفی - رفتاری، عقاید ناکارآمد، دانش آموزان دختر، دوره متوسطه

مقدمه

«انسان به عنوان موجودی صاحب اقتدار، خرد، عشق و ارباب اندیشه‌هایش، کلید هر وضعیتی را در دست دارد. او در درونش قوانین اندیشه‌ها را کشف می‌کند و با دقتی روزافزون در می‌یابد که چگونه نیروهای اندیشه و عناصر ذهن، در شکل بخشیدن منش، اوضاع و شرایط تقدیرش دست‌اندرکار هستند» (جیمز^۱، ۱۹۸۵: ۲۷). «توجه به اندیشه انسان به عنوان عامل سازنده رفتار و شخصیت او از دیرباز مورد توجه بوده است. از کسانی که به این موضوع توجه داشته‌اند، می‌توان به فلاسفه یونانی، از جمله اپیکتتوس^۲، اورلیوس^۳ و اسپینوزا^۴ اشاره کرد» (الیس و هارپر^۵، ۱۹۷۵: ۱۵). «در مفاهیم و آیین بودا و تائو نیز آمده است که عواطف آدمی ناشی از تفکرات اوست» (رحیمیان، ۱۳۸۱: ۴۷). عواقب ناخوشایند ناشی از پیشرفت سریع و غیر قابل کنترل تکنولوژی عده‌ای از محققان و درمانگران علوم انسانی را به چاره‌اندیشی وادار نموده است. گروهی از درمانگران که به درمانگران شناختی معروفند، اعتقاد دارند که تفکر یا به مفهوم وسیع‌تر شناخت، نقش اساسی و

مهمی در چگونگی بروز رفتار آدمی ایفا می‌کند. به بیان دیگر، عمل انسان به اندیشه و میزان تاکید وی بر عقاید و ادراک‌های اشتباه او درباره منشا مشکلات روانشناختی بستگی دارد. کلی^۶ (۱۹۵۵)، الیس (۱۹۵۶)، سینگر^۷ (۱۹۷۴) و بک^۸ (۱۹۷۹)، تعدادی از درمانگران مشهور این رویکرد درمانی هستند (به نقل از صفایی، ۱۳۸۶). پیش فرض رویکردهای استدلالی درباره تغییر رفتار این است که افراد منطقی هستند و قادرند رفتار خود را با دگرگون ساختن نظام اعتقادی خویش تغییر دهند. درمان عقلانی - عاطفی - رفتاری آلبرت الیس نمونه بارزی از این رویکردهاست. این روش یکی از فعالترین و مستقیم‌ترین روش‌های درمانگری است، زیرا در این نوع درمان فعالانه و مستقیم به بیمار آموزش داده می‌شود و از طریق ارائه توضیحات کافی و روشن ساختن مفاهیم به او کمک می‌شود تا بفهمد کدام واکنش در حل مشکلات او سودمند واقع می‌شود. الیس معتقد است که بسیاری از ناراحتی‌ها و آشفتگی‌ها در زندگی افراد ناشی از عقاید غیر منطقی، غیر واقعی و ناکارآمد است که آنان درباره خود و جهان پیرامون خود دارند. به عبارت دیگر، مشکلات روانی افراد نتیجه شناخت‌های نادرست آنان است،

1 -James
2 -Epictetus
3- Aurelius
4- Spinoza
5- Ellis & Harper

6 -Kelly
7- Singer
8- Beck

زیرا جهان به خودی خود نه خوب است و نه بد، بلکه طرز تفکر ما آن را خوب یا بد می‌کند و در نتیجه، می‌توان گفت که هیجان‌های هر فرد، ناشی از شناخت‌های وی است (ولی‌زاده، ۱۳۸۵). «مورینو می‌گوید: انسان در گروه متولد می‌شود؛ در گروه زندگی و کار می‌کند و در گروه بیمار و درمان می‌شود» (شفیع آبادی، ۱۳۸۸: ۳۵). «دلایلی که می‌توان برای اثر گروه و اتکای به آن بیان کرد، به طور کلی چنین است: ۱- انسان موجودی متمایل به گروه است. مردم مایلند یکدیگر را تمجید کنند، به یکدیگر کمک برسانند و از وجود هم برخوردار شوند. بروز این پدیده در گروه جزئی از ماهیت آن است؛ ۲- انسان بر آن است که اکثر نیازهای اساسی، شخصی و اجتماعی خود را که از آن جمله نیاز به خویشتن و رشد روانی است، از طریق گروه برآورده سازد. لذا گروه طبیعی‌ترین و ضروری‌ترین مسیر یادگیری است. ۳- گروه بیش از همه بر رشد، یادگیری و کسب الگوهای رفتاری شیوه‌های سازگاری، ارزش‌ها، قابلیت‌های پیشگیری و فنون سازگاری فرد اثر دارد» (گیسون و میشل^۱: ۱۹۹۰: ۳۷) در بسیاری از پژوهش‌ها نشان داده شده‌اند که مشاوره گروهی^۲ اثر چشمگیری بر کاهش عقاید ناکارآمد افراد داشته است. به نظر الیس مداخله‌های گروه درمانی عقلانی-عاطفی-رفتاری نسبت به روان‌درمانی‌های معاصر، راه‌حل‌های سریع‌تر و عمیق‌تری را باعث می‌شود. اعضای گروه در گروه‌های مشاوره‌ای یاد می‌گیرند که عقاید ناکارآمد خود را از عقاید کارآمد تفکیک نمایند و در می‌یابند که منشأ

اختلالات عاطفی آنها مانند دیگر اعضای گروه است. اعضا برای یادگیری به یکدیگر کمک می‌کنند و حمایت می‌دهند (صفایی، ۱۳۸۶). «درمان عقلانی-عاطفی-رفتاری^۳ در سال ۱۹۵۵ توسط آلبرت الیس بنیان گذاشته شد و نخستین درمان از درمان‌های شناختی-رفتاری امروز بود. کلمه شناختی شامل فرایندهای فکری می‌شود. درمان عقلانی-هیجانی مشهورترین و متداولترین درمان شناختی است. این درمان فکر و به تبع آن رفتار و هیجان‌های انسان را اصلاح می‌کند. الیس می‌گوید: من کشف کردم که مردم تا حد زیادی با فکر خود، احساسات و اعمالشان را به منصف ظهور می‌رسانند. این موضوع را در متون برخی از فلاسفه یونان باستان خواندم و بین سال‌های ۱۹۴۲ تا ۱۹۵۵ آن را در مراجعانم مشاهده کردم. من فهمیدم وقتی مراجعانم تفکر واقع‌بینانه، منطقی و آمیخته با ترجیح را دنبال می‌کردند، هیجان‌ها و رفتارهای مناسب و خودیار در آنها پدید می‌آمد و وقتی تفکر غیر واقع‌بینانه، غیر منطقی و جزمی می‌اندیشیدند، احساسات و اعمال نامناسبی در آنها ظاهر می‌شد که مغایر منافع آنها بود. در چند سالی که مشغول روانکاوی بودم نیز این را می‌دیدم. وقتی این قضیه برای من مسجل شد، روانکاوی را کنار گذاشتم و در سال ۱۹۵۵ درمان عقلانی-هیجانی را پدید آوردم. پس از آن نیز این شیوه درمان را اجرا کردم و تعلیم دادم» (الیس، آبرامس و دنگلجی^۴: ۲۰۰۵: ۲۱). «الیس رویکردی را بنیان گذاشت که به نظر خودش بهتر و آسانتر از

3-Rational-Emotive- Behavioural Therapy (REBT)

4-Abrams & Dengelegi

1-Gibson & Mitchell

2-group counseling

روانکاوی، تغییر درمان بخش ایجاد می‌کرد. رویکرد وی رویکردی شناختی است که جنبه‌های رفتاری و هیجانی مهمی دارد» (شارف^۱: ۱۹۹۶: ۲۸). REBT به طور گسترده‌ای یک درمان رفتاری شناختی^۲ (CBT) محسوب می‌شود، نه تنها به خاطر اینکه بنیانگذار آن آلبرت الیس در مورد آن این گونه می‌اندیشید، بلکه بیشتر به دلیل آنکه کارکرد کلی درمان‌های رفتاری شناختی به طور موثری در آن دیده می‌شود. در حقیقت، آلبرت الیس دوران فعالیت خود را به عنوان یک درمانگر رفتاری شناختی آغاز نمود. او شدیداً به تفکر نادرست افراد علاقه‌مند بود و قادر بود تا الگوها یا دسته‌بندی‌های مشخص در تفکر غیر منطقی مراجعه‌کنندگان را بیابد. REBT به مدت چند دهه بر اساس این الگوها کار می‌کرد و هزاران درمانگر برای تشخیص دسته‌بندی‌های مختلف عقاید نا کارآمد و کمک به مراجعان برای تعویض آنها با عقاید کارآمدتر آموزش می‌دیدند. سایر اشکال درمان رفتاری تدریجاً در دهه ۱۹۶۰ زیاد شدند. اگر چه هر کدام از آنها تا حدی بر جنبه‌های مختلف رفتار و تفکر مراجعه‌کنندگان تأکید می‌کردند، REBT به طور فزاینده‌ای خود را از سایر درمان‌های مشابه متمایز نمود. یک تفاوت عمده REBT و سایر درمان‌های رفتاری شناختی، نوع عقاید نا کارآمد می‌باشد که پزشکان بر آن تمرکز نمودند؛ اگر چه سایر اشکال تفکر غیر عادی همچنان مهم و جهت تغییر ارزشمند محسوب می‌شد تا این الزام‌ها را بیابند و آنها را با اولویت‌هایی که به عنوان راه حلی درست مشاهده شده جایگزین سازند. درمان‌های شناختی رفتاری با

REBT شروع شد و سپس توسط درمان شناختی بک و درمان شناختی رفتاری میچن بام دنبال شد. امروزه سنت شناختی - رفتاری در درمان جای سنت روانکاوی را گرفته است و حتی بسیاری از روان‌کاوان نیز روش‌های درمان شناختی - رفتاری را به کار می‌برند (صفایی، ۱۳۸۶). بک و الیس هر دو به عنوان روان‌کاو آموزش دیدند، اما تلاش کردند که فرایند تحلیل روانی را کوتاه کنند و با استفاده از میانبر مستقیماً به سراغ افکار بروند و مستقیماً آنها را تغییر دهند. از همان ابتدا هر دوی آنها افکار غلط را علت اصلی آسیب‌های روانی می‌دانستند. این افکار غلط در نظریه بک به عنوان شناخت‌های کژکار و در نظریه الیس با عنوان عقاید نا کارآمد تعریف شدند. در سبب شناسی اختلالات روانی میان REBT و CBT اشتراکات زیادی وجود دارد. هر دو تفکر سودار را علت اصلی اختلالات هیجانی می‌دانند و معتقدند که اکثر مردم این تفکر سودار را دارند، اما تنها کسانی دچار مشکل می‌شوند که به این تفکرات بیش از حد بها داده، به اصطلاح به آنها می‌چسبند، اما تفاوت‌هایی نیز میان این دو دیدگاه وجود دارد، برای مثال بک می‌گوید تفکر سودار به خودی خود به افسردگی منجر می‌شود، اما الیس می‌گوید تفکر سودار باید با الزام (یک عقیده نا کارآمد) همراه شود. در درمان اختلالات روانی نیز میان REBT و CBT اشتراکات زیادی وجود دارد، چون هر دو علت بیماری روانی را افکار غلط می‌دانند، لذا عنصر اصلی درمان در هر دوی آنها عبارت است از «باز ارزیابی شناختی»، به چالش کشیدن شناخت‌ها، افکار و باورهای غلط بیمار. تفاوت‌های ظریفی نیز در باز

1 -Sharf

2 -cognitive behavior therapy (CBT)

ارزیابی شناختی میان آن دو وجود دارد که ایس سه مورد از مهمترین آنها را بیان می‌کند:

۱- CBT به شناساندن افکار خودکار^۱ به مراجع اکتفا می‌کند، اما REBT به مراجع می‌فهماند که این افکار خودکار از عقاید ناکارآمد نشأت گرفته‌اند.

۲- CBT به مراجعان مهارت‌هایی برای شناساندن افکار خودکار و باورهای غیر منطقی‌شان می‌آموزد، اما REBT علاوه بر این، مهارت‌هایی برای مقابله با این افکار و باورها نیز به مراجع یاد می‌دهد.

۳- CBT باورهای بیمار را با کلمات خود بیمار بیان می‌کند. REBT نیز این کار را می‌کند، اما وقتی بیمار برای این کار مشکل داشته باشد، اهداف ناکارآمدی را که در پشت کلماتش هست، به او نشان می‌دهد (موسوی، ۱۳۸۸). REBT ویژگی‌هایی دارد که مختص خود آن است و در سایر درمان‌های شناختی- رفتاری دیده نمی‌شود:

۳-۱- سنت‌گرایی پست مدرن^۲ که می‌گوید هیچ شیوه مطلقی برای تعیین واقعیت وجود ندارد. واقعیت تا حد زیادی ساخته ذهن ماست و لذا هر فرد جهان خود را دارد.

۳-۲- در الگوی A، ABC فقط نماینده یک رویداد بیرونی نیست، بلکه می‌تواند یک رویداد شناختی، هیجانی یا رفتاری درونی باشد؛ مثلاً اگر هم هیچ‌گونه رویداد بدی در بیرون اتفاق نیفتاده باشد، یک فرد بد می‌تواند نقش A را بازی کرده، فرد را ناراحت کند.

C^۳ نیز فقط یک هیجان نیست، بلکه می‌تواند شناختی (افکار بد) و رفتاری (افت عملکرد) هم باشد.

۳-۳- توجه به آسیب فرا هیجانی^۴. برای مثال خشم یک آسیب هیجانی است، اما اگر فرد پس از فروکش کردن خشم از خشم خود احساس شرم کند، این شرم یک آسیب فراهیجانی است.

۳-۴- انعطاف‌پذیری^۵، هسته سلامت روانی و تحریر^۶، هسته بیماری روانی است (احمدی، ۱۳۸۷).

«ایس می‌گوید: «ما در درمان عقلانی هیجانی به شما کمک خواهیم کرد تا بین تفکر عاقلانه و غیر عاقلانه تفاوت قائل شوید. افکار عاقلانه معمولاً به هیجان‌های مناسب و افکار غیر عاقلانه به هیجان‌های نامناسب منجر می‌شوند. منظور از تفکر عاقلانه، آن نوع تفکری است که: ۱- بقای فرد را حفظ کند؛ ۲- اهداف یا ارزش‌های فرد را برای یک زندگی لذت بخش، خوشایند یا ارزشمند برآورده سازد. درمان عقلانی- هیجانی به شما کمک می‌کند تا با دست‌کشیدن از ارزیابی خودتان به خاطر داشتن یا نداشتن فلان احساس بتوانید با آن احساس، تماس داشته باشید و شدت آن را حس کنید. شما با فلسفه‌های عاقلانه‌ای که بر می‌گزینید، ابتدا خود و احساسات خود (حتی احساسات ناخوشایندی مثل افسردگی و نفرت) را می‌پذیرید. سپس به آنها علاقه‌مند می‌شوید و درباره آنها کنجکاوی می‌کنید؛ مثلاً به خودتان خواهید گفت: خیلی جالب است (به جای آنکه بگویید خیلی افتضاح است) که فرد

3- consequence
4 -meta emotional
5 -flexibility
6 -rigidity

1 -automatic thought
2 -postmodern

هوشمندی مثل من اینقدر احمقانه و منفی رفتار می‌کند! و به این ترتیب درخواهید یافت که این شما هستید که احساسات مخرب خود را خلق می‌کنید و اگر واقعا بخواهید، می‌توانید آنها را تغییر دهید. همچنین می‌توانید بین احساسات مناسب و کامرواکننده و احساسات نامناسب مضر خود تمایز قائل شوید و تفاوت احساسات سالم و احساسات نامناسبی را که جایگزین آنها کرده‌اید و از آنها واهمه دارید ببینید و سرانجام می‌توانید بین مایوس شدن بر اثر رفتارهای دیگران و ابراز این احساس یا بین عصبانی شدن از اعمال و رفتار دیگران و دستوردادن به آنها برای تغییر رفتارشان تفاوت قائل شوید. به عبارت دیگر، تفکر عقلانی-هیجانی به شما کمک خواهد کرد تا احساسات خود را به طور کاملتر و آزادانه تری مشاهده کنید و وجود آنها را بپذیرید و آنها را جزئی از خودتان بدانید و ببینید آیا مناسب‌اند یا خیر و بالاخره، احساس مورد نظرتان را داشته باشید و از زندگی بهره بیشتری ببرید» (الیس و هارپر ۱۹۷۵: ۲۰).

در نظریه REBT اینکه رویدادهای بیرونی ما را دچار اختلال بکنند یا نکنند، به عقاید ما بستگی دارد. عقاید بخش مهمی از نظام شناختی ما هستند که کار آنها ارزشیابی^۱ رویدادهای بیرونی است. بر حسب اینکه این ارزشیابی چگونه صورت می‌گیرد، دو نوع عقیده وجود دارد: کارآمد و ناکارآمد. عقاید کارآمد براساس سه ملاک منطقی، تجربی و کارکردی، رویدادهای بیرونی را درست ارزشیابی می‌کنند. لذا عقاید کارآمد به پیامدهای کارا^۲ و عقاید ناکارآمد به

پیامدهای کژکار^۳ منجر می‌شوند. پیامدها یا هیجانی‌اند (غم، افسردگی) یا رفتاری (تلاش بیشتر، افت عملکرد). اگر فرد عقاید کارآمد داشته باشد، علی‌رغم رویدادهای بد می‌تواند به اهداف اصلی‌اش برسد، اما عقاید ناکارآمد وقتی توسط رویدادها فعال شوند، جلوی رسیدن فرد به اهدافش را می‌گیرند. وقتی یک رویداد منفی قابل تغییر باشد، فرد باید با آن مقابله کند و وقتی غیر قابل تغییر باشد، باید با آن سازگار شود. عقاید کارآمد به هر دو فرآیند مقابله و سازگاری کمک می‌کنند و عقاید ناکارآمد در هر دوی این فرآیندها اختلال ایجاد می‌نمایند (تقوی، ۱۳۸۷). در REBT عقیده‌ای کارآمد است که فرد را در رسیدن به اهدافش کمک کند (البته، اهدافی که با اهداف دیگران، خانواده، گروه و جامعه تناقض نداشته باشد، بدین معنی که خودخواهانه نباشد). امکان دارد یک عقیده با دو ملاک منطقی و تجربی درست باشد، اما حتی چنین عقیده‌ای اگر جلوی رسیدن فرد به اهدافش را بگیرد، براساس ملاک کارکردی نادرست است و لذا ناکارآمد است. بنابراین، عقاید کارآمد «خود افزا»^۴ و عقاید ناکارآمد خود-تخریبگر^۵ «خودشکن» هستند. چند پژوهش نشان داده‌اند که عقاید ناکارآمد بر عملکرد افراد در تکالیف مختلف اثر می‌گذارند. برای مثال، عقاید ناکارآمد یکی از علل به تعویق‌اندازی هستند و با ادراک کنترل پایین و انگیزش بیرونی بالا نیز رابطه دارند. این انگیزش بیرونی بالا از طریق برانگیختگی که تولید می‌کند، باعث می‌شود که فرد نتواند در

3- unfunctional
4 -self- enhancing
5 -self-defining

1 -evaluation
2- functional

تکالیف دشوار و پیچیده عملکرد مناسبی داشته باشد. عقاید ناکارآمد پافشاری‌های کمال‌گرایانه و بلندپروازانه‌ای هستند که جنبه مطلق^۱ دارند، در مقابل عقاید کارآمد جنبه ترجیحی^۲ و شرطی^۳ دارند (صحرائی، ۱۳۸۹). همه انسان‌ها هم عقاید کارآمد دارند و هم عقاید ناکارآمد. هر فرد زمانی که به موقعی‌های مهم پاسخ می‌دهد با هر دو سیستم عقاید کارآمد و ناکارآمد پاسخ می‌دهد. هر قدر فرد عقاید کارآمد را بیشتر به کار گیرد، پیامدهای کاراتر و هر قدر عقاید ناکارآمد را بیشتر به کار گیرد پیامدهای کارتر در یافت خواهد نمود. در مقابل، استرس‌زاهای محیطی عقاید کارآمد به مثابه عوامل محافظ و عقاید ناکارآمد به مثابه عوامل آسیب‌پذیری هستند. عقاید هر قدر اصلی‌تر، انتزاعی‌تر و فراگیرتر شوند، از حالت عقیده خارج شده، به شکل فلسفه در می‌آیند، فلسفه‌های زندگی ناهشیار و بیان نشده‌ای^۴ که بر تمامی شئون زندگی فرد تاثیر می‌گذارند (حمیدی‌فرد، ۱۳۸۶).

انواع عقاید ناکارآمد به این شرح هستند:

- ۱- عقیده ناکارآمد توقع تایید از دیگران^۵ (DA)؛
- ۲- عقیده ناکارآمد نگرانی زیاد توأم با اضطراب^۶ (AO)؛
- ۳- عقیده ناکارآمد انتظارات بیش از حد از خود^۷
- ۴- عقیده ناکارآمد واکنش با درماندگی به ناکامی^۸ (FR)؛

- ۵- عقیده ناکارآمد بی مسئولیتی عاطفی^۹ (EI)؛
- ۶- عقیده ناکارآمد اجتناب از مشکل^{۱۰} (PA)؛
- ۷- عقیده ناکارآمد وابستگی^{۱۱} (D)؛ ۸- عقیده ناکارآمد درماندگی برای تغییر^{۱۲} (HC)؛
- ۹- عقیده ناکارآمد کمال‌گرایی^{۱۳} (P)؛ ۱۰- عقیده ناکارآمد سرزنش کردن خود^{۱۴} (BP).

پژوهش‌های همسو با پژوهش حاضر که در داخل ایران انجام شده‌اند به این شرح هستند:

فیاض و کیانی (۱۳۸۸) در پژوهشی به بررسی آسیب‌شناسانه عقاید ناکارآمد دانشجویان پرداختند. این تحقیق بر روی ۳۱۱ نفر از دانشجویان دختر و پسر دانشگاه شیراز انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد:

- ۱- مؤلفه‌های کمال‌گرایی، نگرانی توأم با اضطراب، انتظار بیش از حد از خود، واکنش با درماندگی به ناکامی و آمادگی برای سرزنش، به ترتیب بالاترین رتبه را در میان مؤلفه‌های عقاید ناکارآمد جونیور از آن خود کرده‌اند. این نتیجه گویای آن است که آزمودنی‌ها در این پنج مؤلفه در مقایسه با سایر مؤلفه‌ها ناکارآمدتر فکر می‌کنند. بی مسئولیتی عاطفی و به ترتیب اجتناب از مشکل، توقع تایید از دیگران، درماندگی در برابر تغییر، وابستگی پایین‌ترین رتبه را از آن خود کردند که نشان می‌دهد عقاید ناکارآمد آزمودنی‌ها در این مؤلفه‌ها در مقایسه با سایر مؤلفه‌ها کمتر است؛ ۲- طبق یافته‌های این پژوهش، جنسیت در میزان عقاید ناکارآمد تأثیر ندارد. نتایج نشان می‌دهد هر کدام از دانشجویان دختر و پسر در

1-absolutistic
2-preferential
3-conditional
4-unarticulated
5-demand for approval
6-anxious over concern
7-high self expectations
8-frustration reactive

9-emotional irresponsibility
10-Problem avoidance
11-dependency
12-helplessness for change
13-perfectionism
14-Blame proneness

مؤلفه کمال‌گرایی و به ترتیب، در مؤلفه‌های انتظار بیش از حد از خود، نگرانی زیاد توأم با اضطراب بالاترین رتبه و مؤلفه بی‌مسئولیتی عاطفی و به ترتیب اجتناب از مشکل و توقع تأیید از دیگران، پایین‌ترین رتبه را از آن خود کرده‌اند؛ ۳- همچنین، نتایج بیانگر آن است که میزان و نوع پاسخ‌های دختران و پسران به سؤال‌های تشکیل‌دهنده مؤلفه‌های دهگانه جونز به صورت معناداری متفاوت است.

سودانی (۱۳۸۵) در پژوهشی به مقایسه اثر روش‌های مشاوره فردی و گروهی با تأکید بر روش عقلانی-عاطفی در کاهش عقاید ناکارآمد پرداخت. این تحقیق بر روی ۹۰ نفر از دانشجویان مجرد رشته‌های دبیری دانشکده علوم دانشگاه شهید چمران (۱۸-۲۴ ساله) انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد:

۱- عقاید ناکارآمد توقع تأیید از دیگران، نگرانی زیاد توأم با اضطراب، اجتناب از مشکل، وابستگی، درماندگی برای تغییر با روش مشاوره گروهی کاهش بیشتری نشان دادند؛ ۲- عقاید ناکارآمد انتظارات بیش از حد از خود، سرزنش کردن خود، واکنش با درماندگی به ناکامی، کمال‌گرایی با روش مشاوره فردی کاهش بیشتری نشان دادند؛ ۳- بین روش مشاوره فردی و گروهی در کاهش عقاید ناکارآمد بی‌مسئولیتی عاطفی تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد.

صفایی (۱۳۸۶) در پژوهشی به بررسی تاثیر مشاوره گروهی به شیوه عقلانی-عاطفی-رفتاری در تغییر عقاید ناکارآمد دختران نوجوان پرداخت. نتایج پژوهش نشان داد که مشاوره گروهی به شیوه REBT بر کاهش عقاید ناکارآمد توقع تأیید از دیگران، انتظارات بیش از حد از خود و دیگران،

واکنش با درماندگی به ناکامی، بی‌مسئولیتی عاطفی، اجتناب از مشکل و درماندگی برای تغییر مؤثر است، ولی برعقاید ناکارآمد نگرانی زیاد توأم با اضطراب، سرزنش کردن خود، وابستگی و کمال‌گرایی مؤثر نیست.

پژوهش‌های همسو با پژوهش حاضر که در خارج از ایران انجام شده‌اند، به این شرح هستند:

ساوا^۱ (۲۰۰۹) در پژوهشی به بررسی رابطه طرحواره‌های غیرانطباقی و عقاید ناکارآمد پرداخت. این تحقیق بر روی ۱۵۴ دانشجوی دوره کارشناسی انجام گرفت. نتایج پژوهش نشان داد افرادی که دارای عقاید ناکارآمد بودند، از طرحواره‌های ناسازگارانه و عدم ثبات احساسی برخوردار بودند و افرادی که دارای عقاید کارآمد بودند، از طرحواره‌های سازگارانه و ثبات احساسی برخوردار بودند.

دیویس^۲ (۲۰۰۸) پژوهشی را با هدف بررسی تاثیر عقاید ناکارآمد بر خویش‌پنداری غیرشرطی انجام داد. این تحقیق بر روی دو گروه ۱۵۸ و ۱۲۸ نفری از دانشجویان دانشگاه انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد که کمال‌گرایی و توقع تأیید از دیگران، مهمترین عقاید ناکارآمدی هستند که خویش‌پنداری غیرشرطی را در افراد پیش‌بینی می‌کنند. بی‌مسئولیتی عاطفی، اجتناب از مشکل و سرزنش کردن دیگران، خرده‌مقیاس‌هایی هستند که فاقد تأثیرگذاری بر خویش‌پنداری غیرشرطی در افراد هستند.

۲- عقاید ناکارآمد به احساس اضطراب و رفتار خودشکن منجر می‌شود؛ ۳- اگر احساس اضطراب به افسردگی منجر شود، می‌تواند در نهایت به خودشکن‌ترین رفتار؛ یعنی خودکشی منجر شود.

بریدجز وهانریش^۴ (۲۰۱۰) در پژوهشی به بررسی نقش عقاید ناکارآمد در افسردگی و اضطراب پرداختند. تحقیق بر روی یک نمونه ۲۵ نفری انجام شد و سنجش عقاید ناکارآمد بر اساس الگوی نظری الیس، از طریق تکنیک‌های مصاحبه بالینی و پرسشنامه‌های خودگزارشی انجام گرفت. نتایج پژوهش نشان داد عقاید ناکارآمد تأثیر مثبت و معناداری در ایجاد افسردگی و اضطراب در افراد دارد.

سنتاگوتای، آئورورا، فریمین و آرتور^۵ (۲۰۰۷) پژوهشی را با هدف بررسی رابطه بین عقاید ناکارآمد و افکار خودکار در پیش‌بینی پریشانی انجام دادند. منظور از پریشانی خلق افسرده در بیمارانی است که اختلال افسردگی حاد دارند. نتایج تحقیق نشان داد که ترکیب عقاید ناکارآمد و افکار خودکار می‌تواند، عکس‌العمل‌های عاطفی افراد را در موقعیت‌های پر از استرس پیش‌بینی کند و در ایجاد پریشانی مؤثر است. در تأثیرگذاری عقاید ناکارآمد بر پریشانی، افکار خودکار نقش میانجی را بازی می‌کنند.

مک مانوس و همکاران^۶ (۲۰۱۱) طی پژوهش خود با "عنوان بررسی اثربخشی ثبت افکار و رفتارهای آزمایشی در تغییر عقاید ناکارآمد" به این نتیجه رسیدند که افراد با ثبت افکار خود و بازنگری

تریپ، ورنون و مک ماهون^۱ (۲۰۰۷) به بررسی اثربخشی آموزش REBT پرداختند. آنان مشاهده کردند که REBT اثری قوی بر کاهش عقاید ناکارآمد و رفتارهای کژکار و اثری متوسط بر افزایش استنباط‌های مثبت و کاهش هیجان‌های منفی و افزایش ابرازگری هیجانی داشت. بیشترین اندازه‌های اثر مربوط به نوجوانان در مقایسه با بزرگسالان جوان بود (احمدی، ۱۳۸۷).

سآپ^۲ (۲۰۰۷) پژوهشی را با هدف بررسی عقاید ناکارآمد مؤثر در افت تحصیلی انجام داد. این تحقیق بر روی دانش‌آموزان دبیرستانی آفریقایی-آمریکایی که در معرض افت تحصیلی بودند، انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد:

۱- عقاید ناکارآمد اصلی که در افت تحصیلی دانش‌آموزان دبیرستانی آفریقایی-آمریکایی مؤثرند، به شرح ذیل هستند: انتظارات بیش از حد از خود، سرزنش کردن خود، توقع تأیید از جامعه اروپایی-آمریکایی‌ها.

۲- آموزش‌های عملی و قابل اجرا به دانش‌آموزان در زمینه‌های فلسفه واقع‌بینی در زندگی، بیشتر عقلانی بودن، برخورد مناسب نسبت به عقاید و رفتار دیگران، موجب پیشرفت تحصیلی و ایجاد خودپنداره مثبت در آنها می‌شود.

سالیوان^۳ (۲۰۰۶) پژوهشی را با هدف بررسی نقش عقاید ناکارآمد بر رفتارهای خودشکن انجام داد. نتایج تحقیق نشان داد: ۱- عقاید کارآمد به احساسات مثبت یا منفی و رفتار خودبزرگ‌بینی منجر می‌شود؛

4-Bridges & Hanrish
5-Szentagotai & Aurora & Freeman & Arthur
6-macmanus

1-Trips & Vernon & Macmahon
2-Sapp
3-Sullivan

این افکار به ناکارآمدی آنان وقوف پیدا می‌کنند و با آموزش‌های شناختی می‌توانند این عقاید ناکارآمد را کاهش دهند.

هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان «عقلانی - عاطفی - رفتاری» گروهی بر عقاید ناکارآمد دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه است.

روش

این پژوهش از نوع «شبه آزمایشی» با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه کنترل است. پس از انتخاب نمونه مورد نظر به صورت تصادفی و تقسیم تصادفی آن به دو گروه آزمایش و کنترل، از هر دو گروه در یک جلسه به مدت ۳۰ دقیقه یک پیش‌آزمون گرفته شد. سپس درمان «عقلانی - عاطفی - رفتاری» به صورت گروهی بر اساس طرحی شامل ۱۰ جلسه آموزشی با مدت زمان ۹۰ دقیقه در هر جلسه، بر روی گروه آزمایش اجرا گردید. برای گروه کنترل نیز ۱۰ جلسه مشاوره گروهی همراه با بارش مغزی انجام شد، ولی این گروه درمان REBT را دریافت نکردند. پس از پایان جلسات دو گروه، طی یک جلسه با حضور اعضای هر دو گروه آزمایش و کنترل، پس‌آزمون بر روی آنها اجرا گردید. جامعه آماری در این پژوهش «کلیه دانش‌آموزان دختر سال سوم دوره متوسطه شهر نجف‌آباد در سال تحصیلی ۸۹-۹۰» هستند. روش نمونه‌گیری در این پژوهش «خوشه‌ای تصادفی چندمرحله‌ای» است. ابتدا از بین ۶ دبیرستان دخترانه شهر نجف‌آباد، ۱ دبیرستان به صورت تصادفی انتخاب شد. سپس، از بین کلاس‌های پایه سوم این دبیرستان، ۲ کلاس به صورت تصادفی انتخاب شدند و با اعضای هر دو کلاس جلسه‌ای توجیهی برگزار

شد. پس از هر کلاس ۱۵ نفر به صورت تصادفی (جمعاً ۳۰ نفر) انتخاب شدند (به علت در نظر گرفتن افت نمونه). این تعداد به صورت تصادفی به دو گروه ۱۲ نفری تقسیم شدند (جمعاً ۲۴ نفر). هر ۱۲ نفر به صورت تصادفی در یکی از گروه‌های کنترل و آزمایش قرار گرفتند.

ابزار مورد استفاده در این پژوهش، آزمون «باورهای غیر منطقی»^۱ جونز^۲ (IBT) بود. جونز و همکاران او در سال ۱۹۶۸ نخستین فرم این آزمون را به صورت مقدماتی به کار بردند و پس از اقدامات دامنه‌داری که از طریق بررسی‌های دقیق روان‌درمان‌گران و متخصصان انجام گرفت، تعداد سؤال‌ها از ۱۴۰ به ۱۰۰ سؤال کاهش یافت. همچنین ۱۲ طبقه باورهای غیر منطقی نیز به ۱۰ طبقه تبدیل گشت (ولی‌زاده، ۱۳۸۵). این آزمون از ۱۰ خرده مقیاس تشکیل شده است که هر کدام از این خرده مقیاس‌ها توسط ۱۰ سؤال مشخص اندازه‌گیری می‌شوند و یکی از باورهای غیر منطقی نظریه آلبرت الیس را مورد سنجش قرار می‌دهند. در تحقیقی که توسط جونز و همکاران (۱۹۹۰) با هدف بررسی رابطه بین نمره‌های حاصل از آزمون باورهای غیر منطقی جونز و باورهای غیر منطقی الیس انجام گرفت، ضریب همبستگی ۰/۸۴ به دست آمد (به نقل از صفایی، ۱۳۸۶). جونز (۱۹۶۹) با استفاده از روش آزمون مجدد مشاهده نمود که اعتبار این آزمون معادل ۰/۹۲ است و اعتبار هریک از خرده مقیاس‌های آن از ۰/۶۶ تا ۰/۸۰ و میانگین اعتبار همه خرده مقیاس‌ها ۰/۷۴ است.

1- irrational belief test

2 - Jones

اینکه از روش پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل استفاده شده است، با روش تحلیل کوواریانس به وسیله ۱۶ spss تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج

فرضیه اصلی: درمان « عقلانی- عاطفی- رفتاری» گروهی بر عقیده نا کارآمد دانش آموزان دختر دوره متوسطه تاثیر دارد.

در راستای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش، در ابتدا به منظور توصیف آماری، از جداول شاخص‌های آمار توصیفی استفاده شد و در آن تعداد، کمترین و بیشترین به عنوان آماره‌های توصیفی میانه و میانگین به عنوان شاخص‌های گرایش مرکزی، دامنه تغییرات، واریانس و انحراف معیار به عنوان شاخص‌های پراکندگی استفاده گردید. در راستای تحلیل‌های استنباطی و آزمون فرضیه‌های تحقیق، با توجه به

جدول ۱: نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت میانگین‌های تعدیل شده نمره‌های درمان « عقلانی- عاطفی- رفتاری» گروهی بر عقیده نا کارآمد در گروه آزمایش و کنترل

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معنی داری	حجم اثر	توان آماری
پیش آزمون	۱۱۰۴/۴۰۸	۱	۱۱۰۱/۴۰۸	۰/۹۰۱	۰/۳۵۳	۰/۰۴۱	۰/۱۴۸
گروه‌ها (مستقل)	۱۲۱۵۶/۲۱	۱	۱۲۱۵۶/۲۱	۹/۹۱	۰/۰۰۵	۰/۳۲۱	۰/۸۵۱
واریانس خطا	۲۵۷۴۷/۱۷	۲۱	۱۲۲۶/۰۵	-	-	-	-
مجموع	۱۸۴۴۷۹۹	۲۴	-	-	-	-	-

نسبت داد. مقدار میانگین‌های تعدیل شده به دست آمده از میانگین کل پس آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل ۲۵۱/۸ و ۲۹۶/۸ است. با توجه به توان بالای ۸/۸ حجم نمونه کافی بوده است.

فرضیه‌های فرعی

فرضیه ۱: درمان « عقلانی- عاطفی- رفتاری» گروهی بر عقیده نا کارآمد « انتظارات بیش از حد از خود » دانش آموزان دختر دوره متوسطه تاثیر دارد.

در جدول ۱ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس پس آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون بین دو گروه ارائه شده است. بر اساس نتایج مندرج در جدول، چون تفاوت معنی‌دار است ($p=0.05$) بنابراین، فرض پژوهش که عبارت بود از اینکه درمان « عقلانی- عاطفی- رفتاری» گروهی بر عقاید نا کارآمد مؤثر است، تأیید می‌گردد. شاخص اثر به دست آمده، حاکی از این است که ۳۲ درصد کاهش عقاید ناکارآمد آزمودنی‌های شرکت کننده در گروه آزمایش را می‌توان به درمان « عقلانی- عاطفی- رفتاری»

جدول ۲: نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت میانگین‌های تعدیل شده نمره‌های درمان «عقلانی- عاطفی- رفتاری» گروهی بر عقیده ناکارآمد «انتظارات بیش از حد از خود» در گروه آزمایش و کنترل

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معنی داری	حجم اثر	توان آماری
پیش آزمون	۱/۴۹۸	۱	۱/۴۹۸	۰/۰۳	۰/۸۶۳	۰/۰۰۱	۰,۰۵۳
گروه‌ها (مستقل)	۱۹۸/۷۸۷	۱	۱۹۸/۷۸۷	۴/۴۴	۰/۰۵	۰/۱۸۱	۰,۴۸۴
واریانس خطا	۱۰۳۲/۳۳	۲۱	۴۹/۱۵	-	-	-	-
مجموع	۱۹۲۹۰	۲۴	-	-	-	-	-

بیش از حد از خود» آزمودنی‌های شرکت کننده در گروه آزمایش را می‌توان به درمان «عقلانی- عاطفی- رفتاری» نسبت داد. مقدار میانگین‌های تعدیل شده به دست آمده از میانگین کل پس آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل ۲۴/۳۱ و ۳۰/۵۱ است. حجم نمونه کافی نبوده است.

فرضیه ۲: درمان «عقلانی- عاطفی- رفتاری» گروهی بر عقیده ناکارآمد «توقع تأیید از دیگران» دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه تأثیر دارد

در جدول ۲ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس پس آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون بین دو گروه ارائه شده است. بر اساس نتایج مندرج در جدول چون تفاوت معنی دار است ($P = .۰۵$) بنابراین، فرض پژوهش که عبارت بود از اینکه درمان «عقلانی- عاطفی- رفتاری» گروهی بر عقیده ناکارآمد «انتظارات بیش از حد از خود» مؤثر است تأیید می‌گردد. شاخص اثر به دست آمده، حاکی از این است که ۱۸ درصد کاهش عقیده ناکارآمد «انتظارات

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت میانگین‌های تعدیل شده نمره‌های درمان «عقلانی- عاطفی- رفتاری» گروهی بر عقیده ناکارآمد «توقع تأیید از دیگران» در گروه آزمایش و کنترل

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معنی داری	حجم اثر	توان آماری
پیش آزمون	۰/۰۴۴	۱	۰/۰۴۴	۰/۰۰۱	۰/۹۷	۰/۰۰۱	۰,۰۵۰
گروه‌ها (مستقل)	۲۱۲/۲۸	۱	۲۱۲/۲۸	۴/۹۶	۰/۰۳	۰/۱۹	۰,۵۶۶
واریانس خطا	۸۹۷/۲۸	۲۱	۴۲/۷۲	-	-	-	-
مجموع	۱۹۷۰۶	۲۴	-	-	-	-	-

تفاوت معنی دار است ($p = .۰۳$) بنابراین، فرض پژوهش که عبارت بود از اینکه درمان «عقلانی- عاطفی- رفتاری» گروهی بر عقیده ناکارآمد «توقع

در جدول ۳ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس پس آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون بین دو گروه ارائه شده است. بر اساس نتایج مندرج در جدول، چون

تأیید از دیگران» مؤثر است تأیید می‌گردد. شاخص اثر به دست آمده، حاکی از این است که ۱۹ درصد کاهش عقیده نا کارآمد «توقع تأیید از دیگران» آزمودنی‌های شرکت کننده در گروه آزمایش را می‌توان به درمان «عقلانی-عاطفی-رفتاری» نسبت داد. مقدار میانگین‌های تعدیل شده به دست آمده از میانگین کل پس آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل ۲۴/۸۲ و ۳۰/۸۴ است. حجم نمونه کافی نبوده است. فرضیه ۳: درمان «عقلانی-عاطفی-رفتاری» گروهی بر عقیده نا کارآمد «سرزنش کردن خود» دانش آموزان دختر دوره متوسطه تأثیر دارد

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت میانگین‌های تعدیل شده نمره‌های درمان «عقلانی-عاطفی-رفتاری» گروهی بر عقیده نا کارآمد «سرزنش کردن خود» در گروه آزمایش و کنترل

منابع تغییرات	مجموع مجزورات	درجات آزادی	میانگین مجزورات	نسبت F	سطح معنی داری	حجم اثر	توان آماری
پیش آزمون	۱۴۴/۹۷	۱	۱۴۴/۹۷	۶/۱۷	۰/۰۲۱	۰/۲۲	۰/۶۵۹
گروه‌ها (مستقل)	۴۷/۶۸	۱	۴۷/۶۸	۲/۰۳	۰/۱۶	۰/۰۸	۰/۲۷۵
واریانس خطا	۴۹۲/۶۹	۲۱	۲۳/۴۶	-	-	-	-
مجموع	۱۷۴۹۰	۲۴	-	-	-	-	-

در جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس پس آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون بین دو گروه ارائه شده است. بر اساس نتایج مندرج در جدول، فرض پژوهش که عبارت بود از اینکه درمان «عقلانی-عاطفی-رفتاری» گروهی بر عقیده نا کارآمد «سرزنش کردن خود» مؤثر است، تأیید نمی‌گردد. مقدار میانگین‌های تعدیل شده به دست آمده از میانگین کل پس آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل ۲۴/۹۶ و ۲۷/۸۷ است. حجم نمونه کافی نبوده است. فرضیه ۴: درمان «عقلانی-عاطفی-رفتاری» گروهی بر عقیده نا کارآمد «واکنش به ناکامی» دانش آموزان دختر دوره متوسطه تأثیر دارد.

جدول ۵: نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت میانگین‌های تعدیل شده نمره‌های درمان «عقلانی-عاطفی-رفتاری» گروهی بر عقیده ناکارآمد «واکنش به ناکامی» در گروه آزمایش و کنترل

منابع تغییرات	مجموع مجزورات	درجات آزادی	میانگین مجزورات	نسبت F	سطح معنی داری	حجم اثر	توان آماری
پیش آزمون	۹۵/۶۵۳	۱	۹۵/۶۵۳	۶/۲۵۳	۰/۰۲۱	۰/۲۲۹	۰/۶۶۵
گروه‌ها (مستقل)	۴۰/۰۱	۱	۴۰/۰۱	۲/۶۱۵	۰/۱۲۱	۰/۱۱۱	۰/۳۳۹
واریانس خطا	۳۲۱/۲۶۴	۲۱	۱۵/۲۹	-	-	-	-
مجموع	۱۹۶۹۷	۲۴	-	-	-	-	-

در جدول ۵ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس پس از آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون بین دو گروه ارائه شده است. بر اساس نتایج مندرج در جدول، فرض پژوهش که عبارت بود از اینکه درمان «عقلانی-عاطفی-رفتاری» گروهی بر عقیده نا کارآمد «واکنش به ناکامی» مؤثر است، تایید نمی‌گردد. مقدار میانگین‌های تعدیل شده به دست آمده از میانگین کل پس آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل ۲۶/۹۷ و ۲۹/۶۰ است. حجم نمونه کافی نبوده است.

فرضیه ۵: درمان «عقلانی-عاطفی-رفتاری» گروهی بر عقیده نا کارآمد «بی مسئولیتی عاطفی» دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه تاثیر دارد.

جدول ۶: نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت میانگین‌های تعدیل شده نمره‌های درمان «عقلانی-عاطفی-رفتاری» گروهی بر عقیده نا کارآمد «بی مسئولیتی عاطفی» در گروه آزمایش و کنترل

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معنی داری	حجم اثر	توان آماری
پیش آزمون	۱۶/۳۶	۱	۱۶/۳۶	۰/۴۴	۰/۵۱۳	۰/۰۲۱	۰/۰۹۷
گروه‌ها (مستقل)	۱/۷۹	۱	۱/۷۹	۰/۰۴۸	۰/۸۲۸	۰/۰۰۲	۰/۰۵۵
واریانس خطا	۷۷۷/۴۶	۲۱	۳۷/۰۲	-	-	-	-
مجموع	۱۴۹۰۸	۲۴	-	-	-	-	-

در جدول ۶ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس پس از آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون بین دو گروه ارائه شده است. بر اساس نتایج مندرج در جدول، فرض پژوهش که عبارت بود از اینکه درمان «عقلانی-عاطفی-رفتاری» گروهی بر عقیده نا کارآمد «بی مسئولیتی عاطفی» مؤثر است، تایید نمی‌گردد.

مقدار میانگین‌های تعدیل شده به دست آمده از میانگین کل پس آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل ۲۳/۹۷ و ۲۴/۵۲ است. حجم نمونه کافی نبوده است.

فرضیه ۶: درمان «عقلانی-عاطفی-رفتاری» گروهی بر عقیده نا کارآمد «نگرانی زیاد توأم با اضطراب» دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه تاثیر دارد.

جدول ۷: نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت میانگین‌های تعدیل شده نمره‌های درمان «عقلانی-عاطفی-رفتاری» گروهی بر عقیده نا کارآمد «نگرانی زیاد توأم با اضطراب» در گروه آزمایش و کنترل

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معنی داری	حجم اثر	توان آماری
پیش آزمون	۱۸/۱۴۱	۱	۱۸/۱۴۱	۰/۴۴	۰/۵۱۱	۰/۰۲۱	۰/۰۹۸
گروه‌ها (مستقل)	۱۳۵/۳۹۳	۱	۱۳۵/۳۹۳	۴/۳۸	۰/۰۴۲	۰/۲۳۷	۰/۴۱۵
واریانس خطا	۸۵۱/۰۲۶	۲۱	۴۰/۵۲	-	-	-	-
مجموع	۲۰۲۹۶	۲۴	-	-	-	-	-

اضطراب « آزمودنی‌های شرکت کننده در گروه آزمایش را می‌توان به درمان « عقلانی-عاطفی-رفتاری» نسبت داد. مقدار میانگین‌های تعدیل شده به دست آمده از میانگین کل پس آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل ۲۵/۹۱ و ۳۰/۷۵ است. حجم نمونه کافی نبوده است.

فرضیه ۷: درمان « عقلانی-عاطفی-رفتاری» گروهی بر عقیده نا کارآمد «اجتناب از مشکل» دانش آموزان دختر دوره متوسطه تاثیر دارد.

در جدول ۷ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس پس آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون بین دو گروه ارائه شده است. بر اساس نتایج مندرج در جدول، چون تفاوت معنی‌دار است ($p = .04$) بنابراین، فرض پژوهش که عبارت بود از اینکه درمان « عقلانی-عاطفی-رفتاری» گروهی بر عقیده نا کارآمد « نگرانی زیاد توأم با اضطراب» مؤثر است تأیید می‌گردد. شاخص اثر به دست آمده، حاکی از این است که ۲۳ درصد کاهش عقاید ناکارآمد « نگرانی زیاد توأم با

جدول ۸: نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت میانگین‌های تعدیل شده نمره‌های درمان «عقلانی-عاطفی-رفتاری» گروهی بر عقیده ناکارآمد «اجتناب از مشکل» در گروه آزمایش و کنترل

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معنی داری	حجم اثر	توان آماری
پیش آزمون	۲/۶۸۹	۱	۲/۶۸۹	۰/۱۴۲	۰/۷۱	۰/۰۰۷	۰,۰۶۵
گروه‌ها (مستقل)	۵۰/۸۵۳	۱	۵۰/۸۵۳	۲/۶۹	۰/۱۱۶	۰/۱۱۴	۰,۳۴۷
واریانس خطا	۳۹۶/۴۷	۲۱	۱۸/۸۸	-	-	-	
مجموع	۱۷۸۵۴	۲۴	-				

میانگین‌های تعدیل شده به دست آمده از میانگین کل پس آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل ۲۵/۳۷ و ۲۸/۴۶ است. حجم نمونه کافی نبوده است. فرضیه ۸: درمان « عقلانی-عاطفی-رفتاری» گروهی بر عقیده نا کارآمد « وابستگی» دانش آموزان دختر دوره متوسطه تاثیر دارد.

در جدول ۸ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس پس آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون بین دو گروه ارائه شده است. بر اساس نتایج مندرج در جدول، فرض پژوهش که عبارت بود از اینکه درمان « عقلانی-عاطفی-رفتاری» گروهی بر عقیده نا کارآمد «اجتناب از مشکل» مؤثر است، تایید نمی‌گردد. مقدار

جدول ۹: نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت میانگین‌های تعدیل شده نمره‌های درمان «عقلانی - عاطفی - رفتاری» گروهی بر عقیده ناکارآمد «وابستگی» در گروه آزمایش و کنترل

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معنی داری	حجم اثر	توان آماری
پیش آزمون	۳/۲۴۸	۱	۳/۲۴۸	۰/۱۹۳	۰/۶۶۵	۰/۰۰۹	۰,۰۷۰
گروه‌ها (مستقل)	۲۹۹/۹۲۷	۱	۲۹۹/۹۲۷	۱۷/۸	۰/۰۰۱	۰/۴۵	۰,۹۸۰
واریانس خطا	۳۵۳/۶۶۹	۲۱	۱۶/۸۴	-	-	-	
مجموع	۲۴۰,۳۳	۲۴	-				

کننده در گروه آزمایش را می‌توان به درمان «عقلانی - عاطفی - رفتاری» نسبت داد. مقدار میانگین‌های تعدیل شده به دست آمده از میانگین کل پس آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل ۲۷/۶۷ و ۳۴/۷۴ است. با توجه به توان بالای ۰/۸، حجم نمونه کافی بوده است.

فرضیه ۹: درمان «عقلانی - عاطفی - رفتاری» گروهی بر عقیده ناکارآمد «درماندگی برای تغییر» دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه تاثیر دارد.

در جدول ۹ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس پس آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون بین دو گروه ارائه شده است. بر اساس نتایج مندرج در جدول، چون تفاوت معنی‌دار است ($p=.../۱$) بنابراین، فرض پژوهش که عبارت بود از اینکه درمان «عقلانی - عاطفی - رفتاری» گروهی بر عقیده ناکارآمد «وابستگی» مؤثر است، تأیید می‌گردد. شاخص اثر به دست آمده، حاکی از این است که ۴۵ درصد کاهش عقاید ناکارآمد «وابستگی» آزمودنی‌های شرکت

جدول ۱۰: نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت میانگین‌های تعدیل شده نمره‌های درمان «عقلانی - عاطفی - رفتاری» گروهی بر عقیده ناکارآمد «درماندگی برای تغییر» در گروه آزمایش و کنترل

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معنی داری	حجم اثر	توان آماری
پیش آزمون	۷/۵۵۷	۱	۷/۵۵۷	۰/۱۲۲	۰/۷۳۱	۰/۰۰۶	۰,۰۰۶
گروه‌ها (مستقل)	۲۴۱/۸۰۹	۱	۲۴۱/۸۰۹	۴/۴۹	۰/۰۵	۰/۲۱۶	۰,۱۵۶
واریانس خطا	۱۳۰۵/۳۶	۲۱	۶۲/۱۶	-	-	-	
مجموع	۲۱۰۵۱	۲۴	-				

شده است. بر اساس نتایج مندرج در جدول، چون تفاوت معنی‌دار است ($p=.../۰,۵$) بنابراین، فرض

در جدول ۱۰ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس پس آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون بین دو گروه ارائه

پژوهش که عبارت بود از اینکه درمان «عقلانی-عاطفی-رفتاری» گروهی بر عقیده نا کارآمد «درماندگی برای تغییر» مؤثر است، تأیید می‌گردد. شاخص اثر به دست آمده، حاکی از این است که ۲۱ درصد کاهش عقاید ناکارآمد «درماندگی برای تغییر» آزمودنی‌های شرکت کننده در گروه آزمایش را می‌توان به درمان «عقلانی-عاطفی-رفتاری» نسبت داد. مقدار میانگین‌های تعدیل شده به دست آمده از میانگین کل پس آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل ۲۵/۱۰ و ۳۱/۸۱ است. حجم نمونه کافی نبوده است. فرضیه ۱۰: درمان «عقلانی-عاطفی-رفتاری» گروهی بر عقیده نا کارآمد «کمال گرایی» دانش آموزان دختر دوره متوسطه تأثیر دارد.

جدول ۱۱: نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت میانگین‌های تعدیل شده نمره‌های درمان «عقلانی-عاطفی-رفتاری» گروهی

بر عقیده ناکارآمد «کمال گرایی» در گروه آزمایش و کنترل

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معنی داری	حجم اثر	توان آماری
پیش آزمون	۴۰/۲۳۹	۱	۴۰/۲۳۹	۱/۵۹۹	۰/۲۲	۰/۰۷۱	۰,۲۲۷
گروه‌ها (مستقل)	۴۰/۱۱	۱	۴۰/۱۱	۱/۵۹۴	۰/۲۲۱	۰/۰۷۱	۰,۲۲۶
واریانس خطا	۵۲۸/۴۲	۲۱	۲۵/۱۶۳	-	-	-	
مجموع	۱۵۸۱۲	۲۴	-				

عقاید ناکارآمد دانش آموزان دختر دوره متوسطه می‌پرداخت، با روش تحلیل کوواریانس بررسی گردید. نتایج نشان داد که درمان عقلانی-عاطفی-رفتاری گروهی بر عقاید ناکارآمد دانش آموزان دختر دوره متوسطه اثر دارد و این اثربخشی در سطح ۰/۱. α معنادار است. شاخص اثر به دست آمده، حاکی از این است که ۳۲ درصد کاهش عقاید ناکارآمد آزمودنی‌های شرکت کننده در گروه آزمایش را می‌توان به درمان عقلانی-عاطفی-رفتاری گروهی نسبت داد. در راستای تحقیق حاضر، تریپ، ورنون و مک ماهون (۲۰۰۷) به بررسی اثربخشی آموزش REBT بر کاهش عقاید ناکارآمد پرداختند. آنان مشاهده کردند که REBT اثری قوی بر کاهش عقاید ناکارآمد و رفتارهای کژکار و اثری متوسط بر افزایش

در جدول ۱۱ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس پس آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون بین دو گروه ارائه شده است. بر اساس نتایج مندرج در جدول، فرض پژوهش که عبارت بود از اینکه درمان «عقلانی-عاطفی-رفتاری» گروهی بر عقیده نا کارآمد «کمال گرایی» مؤثر است، تأیید نمی‌گردد. مقدار میانگین‌های تعدیل شده به دست آمده از میانگین کل پس آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل ۲۳/۸۷ و ۲۶/۴۶ است. حجم نمونه کافی نبوده است.

بحث و نتیجه گیری

فرضیه اصلی پژوهش که به بررسی اثربخشی درمان عقلانی-عاطفی-رفتاری (REBT) گروهی بر

استنباط‌های مثبت و کاهش هیجان‌های منفی و افزایش ابرازگری هیجانی داشت. بیشترین اندازه‌های اثر مربوط به نوجوانان در مقایسه با بزرگسالان جوان بود. موران (۲۰۰۹) نیز طی پژوهش خود با عنوان "بررسی اثربخشی درمان منطقی-هیجانی الیس در کاهش عقاید ناکارآمد دانشجویان" با مطالعه بر روی ۶۰ دانشجوی نرمال و ۴۵ نفر از دانشجویانی که از مراجعان مرکز روانشناسی دانشگاه بودند، به این نتیجه رسید که درمان منطقی-هیجانی الیس بر کاهش عقاید ناکارآمد هر دو گروه از دانشجویان موثر بوده است. مک مانوس و همکاران (۲۰۱۱) طی پژوهش خود با "عنوان بررسی اثربخشی ثبت افکار و رفتارهای آزمایشی در تغییر عقاید ناکارآمد" به این نتیجه رسیدند که افراد با ثبت افکار خود و بازنگری این افکار به ناکارآمدی آنان وقوف پیدا می‌کنند و با آموزش‌های شناختی می‌توانند این عقاید ناکارآمد را کاهش دهند. سولومون وهاگا (۲۰۰۶) نیز پژوهشی را با هدف بررسی تأثیر عقاید ناکارآمد بر ایجاد افسردگی انجام دادند. دو گروه از افراد برای این تحقیق انتخاب شدند: گروه اول افرادی که از افسردگی حاد بهبود یافته بودند و گروه دوم افرادی که افسرده نبودند. نتایج تحقیق نشان داد که افراد گروه اول از عقاید ناکارآمد بیشتری برخوردارند و رابطه مثبتی بین عقاید ناکارآمد و خلق منفی وجود دارد. همچنین، افراد گروه اول آمادگی بیشتری برای داشتن عقاید ناکارآمد به دلیل داشتن خلق منفی دارا هستند. پس از اجرای روش درمانی REBT نتایج نشان داد که این روش درمانی بر کاهش عقاید ناکارآمد هر دو گروه تأثیر مثبت و معنادار دارد. از جمله پژوهش‌های انجام شده در این زمینه، در ایران

می‌توان به تحقیق قربانی (۱۳۸۴) اشاره نمود. که به بررسی تأثیری زوج‌درمانی به شیوه درمان عقلانی-هیجانی-رفتاری بر تعارض‌ها و عقاید ناکارآمد زوجین پرداخت. این تحقیق بر روی ۲۰ زوج که دارای تعارض زناشویی بودند و به مراکز مشاوره شهر اصفهان مراجعه کرده بودند، انجام گرفت نتایج پژوهش نشان داد که زوج‌درمانی به شیوه REBT بر عقاید ناکارآمد زوجین مؤثر است. علی بلندی (۱۳۸۵) نیز طی پژوهش خود با عنوان بررسی رابطه باورهای غیر منطقی دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه شهر همدان، با مطالعه دو گروه ۲۰ نفره از دانش‌آموزان دبیرستانی به این نتیجه رسید که شناخت درمانی می‌تواند علاوه بر کاهش اضطراب امتحان دانش‌آموزان، به کاهش عقاید ناکارآمد آنان منتهی شود. در خصوص با فرضیه‌های فرعی پژوهش، نتایج به دست آمده از تحقیقات گذشته بسیار متفاوت بوده است و پیشینه پژوهشی در این زمینه بسیار غیر همسوست، زیرا در هریک از پژوهش‌ها خرده مقیاس‌های متفاوتی کاهش معناداری داشته‌اند. برای مثال حسینی (۱۳۸۹) تنها در سه خرده مقیاس، «توقع تأیید از دیگران»، «اجتناب از مشکل» و «سرزنش کردن خود» به تفاوت معنادار رسید. در پژوهش حاضر، از بین این سه خرده مقیاس تنها عقیده ناکارآمد «توقع تأیید از دیگران»، کاهش یافت. نتایج پژوهش جلویاری (۱۳۸۸) نیز نشان داد که تنها دو خرده مقیاس «نگرانی زیاد توام با اضطراب» و «کمال گرایی» کاهش یافته است که خرده مقیاس «نگرانی زیاد توام با اضطراب» در پژوهش حاضر نیز با کاهش معنادار مواجه بوده است. تحقیق صفایی (۱۳۸۶)، بیشترین همبستگی را با پژوهش حاضر داشت، زیرا

کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، چاپ نشده.

جیمز، آلن. (۱۹۸۵). *توهمانی که می/اندیشی*. ترجمه: گیتی خوشدل (۱۳۸۹). تهران: نشر گفتار.

جلویاری، فرحناز. (۱۳۸۸). اثربخشی درمان بر اساس رویکرد تحلیل رفتار متقابل بر کاهش باورهای غیرمنطقی زنان متأهل. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، چاپ نشده.

حسینی، سید علی. (۱۳۸۹). بررسی تاثیر شناخت درمانی بر کاهش اضطراب امتحان و باورهای غیرمنطقی دانش آموزان دختر سال اول متوسطه شهرستان علی آباد کتول در سال تحصیلی ۸۸-۸۷. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، چاپ نشده.

حمیدی فرد، فرزانه (۱۳۸۶). رابطه باورهای غیر منطقی با سلامت روانی دانشجویان. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، چاپ نشده.

رحیمیان، حوریه بانو. (۱۳۸۱). *نظریه ها و روش های مشاوره و روان درمانی*. تهران: انتشارات مهرداد.

سودانی، منصور (۱۳۸۵). مقایسه اثربخشی روشهای مشاوره فردی و گروهی با تاکید بر روش عقلانی-عاطفی در کاهش باورهای غیر منطقی دانشجویان پسر مجرد. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم تهران، چاپ نشده.

از پنج خرده مقیاس کاهش یافته در پژوهش حاضر، سه خرده مقیاس «انتظارات بیش از حد از خود»، «درماندگی برای تغییر» و «توقع تایید از دیگران» با نتایج تحقیق فوق همراستاست. در نهایت، می توان مطرح نمود که یافته های تحقیق حاضر با تحقیقات مک مانوس (۲۰۱۱)، موران (۲۰۰۹)، تریپ، ورنون و مک ماهون (۲۰۰۷)، سولومون وهاگان (۲۰۰۶)، علی بلندی (۱۳۸۵)، قربانی (۱۳۸۴)، صفایی (۱۳۸۶) همراستاست، زیرا در این تحقیقات نیز به تاثیر درمان «عقلانی - عاطفی - رفتاری» گروهی بر کاهش عقاید ناکارآمد اشاره شده است.

منابع

احمدی، ابراهیم. (۱۳۸۷). کارآمدی درمان عقلانی-هیجانی-رفتاری گروهی درمقایسه باواقعیت درمانی گروهی درکاهش نشانه های افسردگی وارتنقای سلامت روانی دانشجویان دختر. پایان نامه دکتری، دانشگاه آزاداسلامی واحدتهران مرکزی، چاپ نشده.

الیس، آلبرت؛ أبرامس، مایکل و دنگلجی، لیدیا. (۲۰۰۵). *هنر و علم عقلا نه خوردن*. ترجمه: مهرداد فیروزبخت (۱۳۸۵). تهران: نشر رسا.

الیس، آلبرت وهارپر، رابرت (۱۹۷۵). *زندگی عقلا نه*. ترجمه: مهرداد فیروزبخت (۱۳۸۷). تهران: انتشارات رشد.

تقوی، معصومه. (۱۳۸۷). مقایسه باورهای غیر منطقی مادران دارای فرزند معلول ذهنی عمیق، شدید و خفیف مراجعه کننده به مراکز خدمات بهزیستی با مادران دارای فرزند عادی. پایان نامه

- شارف، ریچارد اس. (۱۹۹۶). *نظریه‌های روان‌درمانی و مشاوره*. ترجمه: مهرداد فیروزبخت (۱۳۸۱). تهران: نشر رسا.
- شفیع‌آبادی، عبدالله. (۱۳۸۸). *پویایی گروه و مشاوره گروهی*. تهران: انتشارات رشد.
- صحرائی، ام‌هانی. (۱۳۸۹). رابطه باورهای غیر منطقی با کمال‌گرایی مثبت و منفی در دانش‌آموزان شهرستان نوشهر. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد*. دانشگاه الزهرا. *مجله مطالعات روان‌شناختی*. دوره ۶، شماره ۱، ص ۱۸-۱.
- صفایی، مریم. (۱۳۸۶). *تاثیر مشاوره گروهی با شیوه درمانی عقلانی-هیجانی - رفتاری بر تغییر باورهای غیر منطقی دختران نوجوان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، چاپ نشده.
- فیاض، ایراندخت و کیانی، ژاله. (۱۳۸۸). بررسی آسیب‌شناسانه باورهای غیر منطقی دانشجویان. *فصلنامه دانش و پژوهش در علوم تربیتی*. دوره ۵، شماره ۱۴، صفحه ۵.
- گیسون، رابرت و میشل، ماریان (۱۹۹۰). *مبانی مشاوره و راهنمایی*. ترجمه: باقر ثنائی (۱۳۸۰). تهران: انتشارات بعثت.
- موسوی، مهدی. (۱۳۸۸). مقایسه دو روش رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی و آرمیدگی تدریجی در کاهش پرخاشگری. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد*، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، چاپ نشده.
- ولی‌زاده، شیرین. (۱۳۸۵). *تاثیر درمان عقلانی عاطفی رفتاری بر عزت نفس نابینایان*. پایان‌نامه
- کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، چاپ نشده.
- Bridges, R., & Hanriss, R (2010). Role of irrational beliefs in depression and anxiety: a review *Journal of Rational Emotive and Cognitive- Behaviour Therapy*. 28,2, 862-877.
- Davies, M (2008). Irrational beliefs and unconditional self – acceptance. The relative importance of different types of irrational beliefs. *Journal of Rational – Emotive and Cognitive- Behaviour Therapy*. 26,2, 102-118.
- McManus, F, Van Doorn. K and Yiend. J (2011). Examining the effects of thought records and behavioral experiments in instigating belief change. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 21,3, 112-130.
- Sapp, M., (2007). Irrational beliefs that can lead to academic failure for African American middle school students who are academically at-risk. *Journal of Rational Emotive and Cognitive – Behaviour Therapy*. 14,2, 123-134.
- Szentagotai, Aurora, Freeman & Arthur (2007). An analysis of the relationship between irrational beliefs and automatic thoughts in predicting distress. *Journal of Cognitive and Behaviour Psychotherapies*. 7,2, 1-8.
- Sava, F. A (2009). maladaptive schemas, irrational beliefs and their relationship. West university of timisoara Romania. *Journal of Cognitive and Behavioural Psychotherapies*. 9 ,2, 135-147.
- Sullivan, E (2006). Role of irrational beliefs in self-defeating behaviours. *Journal of Dynamic Chiropractic*. 19, 3, 121-136.

بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس درجه‌بندی SNAP-IV (فرم والدین) در دانش‌آموزان دوره ابتدایی شهر اصفهان

اصغر آقایی^۱، احمد عابدی^۲، الهام محمدی^{۳*}

۱- دانشیار، عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان

۲- استادیار، عضو هیات علمی دانشگاه اصفهان

۳- کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان

چکیده

مقدمه و اهداف: اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی در کودکان است که هم در کوتاه مدت و هم در دراز مدت عوارض نامطلوبی برای کودک، خانواده و جامعه به همراه دارد. در نتیجه استفاده از ابزاری مناسب برای ارزیابی و تشخیص صحیح و بموقع این اختلال فواید بسیاری خواهد داشت. بدین منظور، در این تحقیق ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس درجه‌بندی SNAP-IV (فرم والدین) در دانش‌آموزان دوره ابتدایی شهر اصفهان بررسی شد. روش پژوهش: توصیفی و جامعه آماری آن شامل کلیه دانش‌آموزان دوره ابتدایی شهر اصفهان در سال تحصیلی ۸۸-۸۹ بود. حجم نمونه برابر با ۵۰۰ نفر، روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای و ابزارهای اندازه‌گیری شامل مقیاس درجه‌بندی SNAP-IV (فرم والدین)، مقیاس ODDRS و پرسشنامه کانرز والدین است. نتایج: ضریب همبستگی سؤال‌های پرسشنامه با نمره کل آن بین ۰/۳۸ تا ۰/۶۳ بود. نتایج تحلیل عاملی (روایی سازه) نشان داد مقیاس درجه‌بندی SNAP-IV یک مقیاس چند بعدی است (نقص توجه، بیش‌فعالی / تکانشگری و نافرمانی مقابله‌ای) که ۰/۳۷ واریانس را تبیین می‌نماید. ضریب پایایی کل ۰/۸۹، خرده مقیاس نقص توجه ۰/۸۳، بیش‌فعالی / تکانشگری ۰/۸۲ و نافرمانی مقابله‌ای ۰/۸۰ است. ضریب همبستگی این آزمون با مقیاس درجه‌بندی

کانرز برای نقص توجه ۰/۷۲، بیش‌فعالی / تکانشگری ۰/۷۶ و با مقیاس درجه‌بندی نافرمانی مقابله‌ای ۰/۷۲ به دست آمد. نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد مقیاس درجه‌بندی SNAP-IV یک ابزار چند بعدی و مناسب برای سنجش و ارزیابی اختلالات ADHD و ODD است.

واژه‌های کلیدی: روان‌سنجی، مقیاس درجه‌بندی SNAP-IV (والدین)

مقدمه

رفتار است که به صورت طبیعی به وجود می‌آید و ناشی از اختلالات عصب شناختی، حسی، حرکتی یا هیجانی نیست». این اختلال معمولاً با سه رفتار اساسی بی توجهی، بیش‌فعالی و تکانشگری توصیف شده است. در بی توجهی که از علایم اصلی این اختلال است، توجه فرد جلب محرک‌های نامربوط می‌شود و از محرک‌های اصلی چشم پوشی می‌شود. بیش‌فعالی کودک با فعالیت حرکتی نمایان می‌شود و تکانشگری او با نداشتن کنترل در زمانی که نیاز به کنترل داشتن است و یا انجام رفتار بدون فکر کردن بروز داده می‌شود. این اختلال بر رشد کودکان، از جمله در رشد یادگیری، تکلم و زبان تأثیر زیادی داشته، با بسیاری از مشکلات از قبیل خواب، هیجانی، ارتباطی، رفتاری، تحصیلی و غیره در ارتباط است (کاپلان و سادوک^۵، ۲۰۰۳؛ ترجمه رفیعی، ۱۳۸۳).

امروزه از میان اختلالات دوران کودکی، از طرف متخصصان، معلمان و والدین به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی توجه زیادی شده است. برای مثال، در طی دهه گذشته این اختلال یکی از گسترده‌ترین اختلالات کودکی بوده که میزان مراجعه‌اش به مراکز درمانی از سایر اختلالات دیگر بیشتر بوده است. در

اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی (ADHD) یکی از رایج‌ترین و عمومی‌ترین اختلال‌های رفتاری و مشکلات روانشناختی کودکان است (بارکلی^۱، ۱۹۹۷). این اختلال، اختلالی عصبی-رشدی است که با سه ویژگی اصلی؛ یعنی نارسایی توجه، بیش‌فعالی و تکانشگری توصیف می‌شود و بر ۳ تا ۷ درصد از کودکان اثر می‌گذارد (انجمن روانپزشکی آمریکا^۲، ۲۰۰۰). سن شروع این اختلال را پیش از ۵ سالگی (سازمان بهداشت جهانی^۳، ۱۹۹۶) یا ۷ سالگی (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) تعیین کرده‌اند، ولی با این وصف، تعیین سن برای این اختلال کار دشواری است، چرا که یافته‌ها نشان داده‌اند گاهی این اختلال پس از سنین یاد شده تشخیص داده می‌شود (اپلیگیت^۴ و همکاران، ۱۹۹۷) و از این رو می‌توان نتیجه گرفت که تأکید بر ملاک قرار دادن سن ۷ سال در تشخیص، کاربردی ندارد (بارکلی، ۱۹۹۷).

بارکلی (۱۹۹۷) تعریف زیر را ارائه می‌دهد: «اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی عبارت از اختلال رشدی در توجه، کنترل تکانش، بیقراری، و هدایت

1 - Barkley
2 - American psychiatric Association
3 - World Health Organization
4 - Applegat

خصوص توجه فراوان به این موضوع می‌توان گفت، اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی برای بسیاری از دانش‌آموزان مشکلات قابل توجهی را بر عملکرد تحصیلی، شناختی، اجتماعی، هیجانی و سپس در بزرگسالی بر عملکرد شغلی و خانوادگی آنها ایجاد می‌کند. تشخیص و مداخله زود هنگام اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی به شناخت و درمان بسیاری دیگر از اختلالات کمبود همچون اختلال نافرمانی مقابله‌ای، اختلال سلوک، ناتوانی‌های یادگیری و مشکلات تحصیلی کمک می‌کند (کازدین و وایتلی^۱، ۲۰۰۶، نوک و همکاران، ۲۰۰۷).

یکی دیگر از اختلال‌های دوران کودکی و نوجوانی، اختلال نافرمانی مقابله‌ای است که یکی از علل رایج ارجاع کودکان به کلینیک‌های روان‌شناسی و مشاوره است (بارکلی، ۱۹۹۷). بر اساس تعریف متن تجدید نظر شده در چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR)، «اختلال نافرمانی مقابله‌ای الگوی پایداری منفی‌کاری، نافرمانی، لجبازی، خصومت و سرکشی در برابر اولیای قدرت است.» این گونه رفتارها در چهار مورد (و یا بیشتر) از معیارهای زیر در شش ماه گذشته باید وجود داشته باشند: ابراز کج خلقی، بحث و جدل با بزرگسالان، بی‌اعتنایی یا رد همکاری با درخواست‌ها و اصول بزرگسالان، انجام عمدی کارهایی که مزاحم دیگران است، سرزنش دیگران به خاطر کوتاهی خود، حساسیت، خشم، بیزاری و کینه توزی (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۳؛ ترجمه رفیعی، ۱۳۸۳). این رفتارها باید فراوانتر از آنچه برای سن و سطح

رشدی معمول است، روی داده، مشکلات خانوادگی و تحصیلی مهمی به وجود آورد. اختلال نافرمانی مقابله‌ای معمولاً بین ۸ تا ۱۲ سالگی نمایان می‌شود و شیوع آن در پسرها بیشتر از دخترهاست (کازدین و وایتلی، ۲۰۰۶، نوک و همکاران، ۲۰۰۷). شیوع اختلال نافرمانی مقابله‌ای در DSM-IV-TR، ۲ تا ۱۶ درصد و در تحقیقات یوسفی و همکاران (۱۳۷۹) و نامداری و نظری (۱۳۸۶)، به ترتیب ۶/۳ درصد و ۱۷/۷ درصد برآورد شده است. تحقیقات درباره سبب شناسی اختلال نافرمانی مقابله‌ای، ترکیبی از خصوصیات و گرایش‌های ژنتیکی یا زیست‌شناختی کودکان، شیوه‌های فرزند پروری ناکارا و شرایط محیطی را عنوان کرده‌اند (بیهان و کار^۲، ۲۰۰۰؛ دیک، ویکن و کاپریو^۳، ۲۰۰۵).

تشخیص کودکان با اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی و اختلال نافرمانی مقابله‌ای کار ساده‌ای نیست. برای تشخیص دقیق باید چند ارزیابی جداگانه صورت گیرد و با والدین و معلم مصاحبه شود. در مصاحبه با والدین رفتار کودک، پیشینه رشد او، پیشینه پزشکی، تعاملات والد-کودک و خصوصیات والدین بررسی می‌شود. در این خصوص یکی از ابزارهایی که برای تشخیص این دو اختلال ساخته شده، SNAP-IV است.

سوانسون^۴ و همکاران (۲۰۰۱) مقیاس درجه‌بندی SNAP-IV را هنجاریابی نموده‌اند. تحلیل عاملی نشان داده است که این مقیاس از سه عامل اشباع شده است. این سه عامل عبارت از نقص توجه،

2 - Behan & Carr

3 - Dick, Viken & Kaprio

4 - Swanson

1 - Kazdin & Whitley

بیش‌فعالی/ تکانشگری و اختلال نافرمانی مقابله‌ای است.

در ایران نیز هوشیاری (۱۳۸۴) مقیاس درجه‌بندی SNAP-IV را بر روی کودکان ۷-۱۲ سال شهر تهران برای تشخیص اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی هنجاریابی کرده است. در پژوهش مذکور فرم والدین شامل ۱۸ سوال برای تشخیص اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی هنجاریابی شده است. یافته‌های این پژوهش نشان داد روایی ملاکی آزمون ۰/۴۸ است و ضریب پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و دونیمه کردن ۰/۷۶ است.

همچنین، با توجه به اینکه این مقیاس مطابق با ملاک‌های DSM-IV-TR بوده، سؤال‌های آن جنبه مثبت دارند در سال‌های اخیر در اکثر تحقیقات و مقالات برای ارزیابی و تشخیص اختلال ADHD و ODD از این ابزار استفاده شده است (امسلی و همکاران، ۲۰۰۴؛ کایلین لامب، ۲۰۰۶؛ جی اسپنسر و همکاران، ۲۰۰۶؛ نقل از محمدی، ۱۳۸۹. اسمیت و همکاران، ۲۰۰۶؛ گیتا اچ لوبک و همکاران، ۲۰۰۷؛ نظری ام. ای و همکاران ۲۰۰۹؛ دل اگلنو و همکاران، ۲۰۰۹؛ داینین و فیتز ژرالد، ۲۰۱۰؛ عبدای-های و همکاران، ۲۰۱۰؛ کربای و همکاران، ۲۰۱۰؛ کوکیرت و همکاران، ۲۰۰۹؛ سوانسون و همکاران، ۲۰۰۱؛ سوانسون و همکاران، ۲۰۱۰؛ ابیکوف و همکاران، ۲۰۰۹؛ بوساین و همکاران، ۲۰۱۰؛ کیوو و همکاران، ۲۰۰۷ و کیو و همکاران، ۲۰۱۰).

با توجه به نتایج تحقیقات فوق، مسأله اساسی تحقیق حاضر، بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی (روایی و پایایی) مقیاس درجه‌بندی SNAP-IV برای

تشخیص کودکان با اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی و اختلال نافرمانی مقابله‌ای شهر اصفهان است.

روش

با توجه به هدف و ماهیت پژوهش حاضر، از روش تحقیق توصیفی از نوع آزمون سازی استفاده شد (دلاور، ۱۳۸۰؛ نقل از محمدی، ۱۳۸۹) در این پژوهش، ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس درجه‌بندی SNAP-IV برای تشخیص اختلال های نقص توجه/ بیش‌فعالی و نافرمانی مقابله‌ای در دانش‌آموزان دوره ابتدایی بررسی گردید.

جامعه پژوهش: جامعه آماری پژوهش، کلیه دانش‌آموزان دختر و پسر پایه‌های اول تا پنجم دوره ابتدایی شهر اصفهان در سال تحصیلی ۸۸-۸۹ بودند. روش نمونه‌گیری و حجم نمونه: برای انتخاب آزمودنی‌ها تعداد ۵۰۰ نفر دانش‌آموز به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. شیوه نمونه‌گیری بدین صورت بود که از پنج ناحیه آموزشی شهر اصفهان از روی فهرست مدارس ابتدایی موجود در گروه طرح و برنامه سازمان آموزش و پرورش استان اصفهان، ۱۰ مدرسه ابتدایی (۵ مدرسه دخترانه و ۵ مدرسه پسرانه) به شیوه تصادفی از میان مدارس نواحی مذکور انتخاب شدند (از هر ناحیه آموزشی ۲ مدرسه). سپس با در نظر گرفتن کلاس‌های موجود در پایه‌های اول تا پنجم، تعداد نمونه مورد بررسی به صورت تصادفی انتخاب گردید.

ضمناً با استفاده از پرسشنامه کانرز والدین، تعداد ۳۰ نفر دانش‌آموز مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی انتخاب شدند تا با ۳۰ نفر دانش‌آموز عادی

(فاقد اختلال ADHD) مقایسه شوند (روایی تشخیصی).

ابزار پژوهش: در این پژوهش از ابزارهای زیر استفاده شد:

۱- مقیاس درجه‌بندی SNAP-IV: ویرایش جدید این مقیاس، برای ارزیابی و تشخیص اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی و اختلال نافرمانی مقابله‌ای به کار می‌رود. این مقیاس ابتدا در سال ۱۹۸۰ توسط سه مؤلف به نام‌های سوانسون نولان و پلهام^۱ بر اساس DSM ساخته و با حروف اول اسامی سازندگان آزمون به نام SNAP شناخته شد. همزمان با تجدید نظر در ملاک‌های DSM و تدوین DSM- IV مقیاس مذکور نیز بازنویسی و در سال ۲۰۰۱ منتشر شد (سوانسون و همکاران ۲۰۰۱). این مقیاس دارای ۳۰ سؤال شامل: ۱۰ سؤال مربوط به نقص توجه، ۱۰ سؤال مربوط به بیش‌فعالی/ تکانشگری و ۱۰ سؤال مربوط به اختلال نافرمانی مقابله‌ای است. تحقیقات زیادی روایی و پایایی این مقیاس را تایید نموده‌اند (امسلی و همکاران، ۲۰۰۴؛ کایلین لامب، ۲۰۰۶؛ جی اسپنسر و همکاران، ۲۰۰۶؛ اسمیت و همکاران، ۲۰۰۶؛ گیتا اچ لوبک و همکاران، ۲۰۰۷؛ نظری ام. ای و همکاران ۲۰۰۹؛ دل اگلنو و همکاران، ۲۰۰۹. نقل از محمدی، ۱۳۸۹؛ داینین و فیتز ژرالد، ۲۰۱۰؛ عبد ای-های و همکاران، ۲۰۱۰؛ کربای و همکاران، ۲۰۱۰؛ کوکیرت و همکاران، ۲۰۰۹؛ سوانسون و همکاران، ۲۰۰۱؛ سوانسون و همکاران، ۲۰۱۰؛ اییکوف و همکاران، ۲۰۰۹؛ بوساین و

همکاران، ۲۰۱۰؛ کیوو همکاران ۲۰۰۷ و کیوو همکاران، ۲۰۱۰).

۲- مقیاس درجه‌بندی اختلال نافرمانی مقابله‌ای (ODDRS): این مقیاس را هومرسن، موری، اوهان و جانسون^۲ (۲۰۰۶) برای تشخیص کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای بر اساس ملاکهای DSM- IV-TR ساخته شده‌اند و برای کودکان ۵-۱۵ سال استفاده می‌شود. ضریب پایایی (همسانی درونی) مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و ضریب پایانی آن به روش بازآزمایی $r=0/95$ در سطح $P<0/001$ توسط سازندگان مقیاس گزارش شده است. این مقیاس از سوی عابدی (۱۳۸۷) بر روی دانش‌آموزان پایه‌های اول تا پنجم دبستان شهر اصفهان روایی سنجی و اعتباریابی شده است. عابدی (۱۳۸۷) ضریب پایایی (همسانی درونی) این مقیاس را به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و ضریب پایایی آن را به روش بازآزمایی ۰/۹۴ محاسبه کرده و روایی این مقیاس نیز توسط ۵ نفر روان‌شناس و روان‌پزشک تایید شده است.

۳- پرسشنامه کانرز والدین: این پرسشنامه در سال ۱۹۹۹ از سوی کانرز و همکاران استاندارد شده است. فرم والدین مقیاس کانرز دارای ۴۸ سؤال است که والدین کودک آن را تکمیل می‌کنند. کانرز و همکاران (۱۹۹۹) پایایی این مقیاس را ۰/۹۰ گزارش نموده‌اند. اعتبار این پرسشنامه از سوی موسسه علوم شناختی ۰/۸۵ گزارش شده است (علیزاده، ۱۳۸۴). پس از ترجمه مقیاس درجه‌بندی SNAP-IV، ابتدا آزمون بروی والدین ۳۰ آزمودنی دبستانی، از

و روش‌های متعارف آزمون‌سازی (تعیین روایی، تحلیل عاملی و پایایی) استفاده شد.

یافته‌ها

برای بررسی روایی سازه در این پژوهش از تحلیل عاملی استفاده گردید که نتایج آن در این بخش ارائه شده است:

با توجه به جدول ۱ آزمون KMO حجم نمونه برای تحلیل عوامل مناسب بود. مقدار این شاخص (KMO) از صفر تا یک تغییر می‌کند که ۰/۹ تا ۱ عالی، ۰/۸ تا ۰/۹ خوب، ۰/۷ تا ۰/۸ رضایت بخش، ۰/۶ تا ۰/۷ متوسط و اگر بین ۰/۵ تا ۰/۶ باشد، حجم نمونه ناکافی است و کمتر از ۰/۵ غیر قابل محسوب می‌شود (سرنی و کیرز^۱، ۱۹۸۷؛ به نقل از مولوی، ۱۳۸۶). همچنین، نتایج آزمون بارتلت نشان داد که ماتریس ضرایب همبستگی متغیرها در جامعه، یک ماتریس واحد را تشکیل می‌دهد. می‌توان از تحلیل عوامل برای کشف عوامل استفاده کرد.

جدول ۱ نتایج آزمون بارتلت و KMO

آزمون‌ها	مقادیر
KMO	۰/۸۲۶
آزمون بارتلت	۵۳۷۹/۸۵
درجه آزادی	۴۳۵
معناداری	۰/۰۰۰۱

سوی افراد متخصص (کارشناسی ارشد روان‌شناسی) برای آزمایش مقدماتی اجرایی شد. برای اطمینان از این که اجرا کنندگان سؤال‌ها را درک می‌کنند و به منظور خطای احتمالی در ترجمه، از یکی از استادان زبان انگلیسی تقاضا شد دوباره آزمون را از فارسی به انگلیسی برگرداند (back translation). دستور اجرای آزمون هم به گونه ای تهیه شد که اجرای آن دقیقاً با همان ضوابطی صورت گیرد که آزمون اصلی صورت می‌پذیرد. آزماینده‌گان، در این مرحله، با دقت سؤال‌ها و مشکلاتی را که در ضمن اجرا پیش می‌آمد، برای بررسی مجدد یادداشت می‌کردند. از نتیجه این اجرای مقدماتی و آزمایشی، برای کسب اطمینان از عدم مشکلات احتمالی در اجرا استفاده شد. در هنجاریابی اصلی نمونه مورد استفاده به صورتی انتخاب گردید که کودکان از همه طبقات اجتماعی - اقتصادی، تحصیلات والدین در تمامی سطوح، و مناطق جغرافیایی باشد. در انجام نمونه‌گیری در سطح شهر اصفهان نیز همین روش استفاده شد و ملاحظات فوق در انتخاب کودکان منظور گردید. پس از اخذ مجوز از آموزش و پرورش به دبستان‌های شهر اصفهان مراجعه شد. از میان کودکان دبستانی شهر اصفهان ۵۰۰ نفر با استفاده از ضوابط از پیش تعیین شده به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای برای بررسی نهایی انتخاب شدند.

روش‌های تجزیه و تحلیل داده‌ها: در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از میانگین، انحراف معیار

جدول ۲ نتایج مقادیر استخراج شده پس از چرخش برای عامل‌ها

عامل‌ها	مقادیر استخراج شده بعد چرخش		
	مقادیر ویژه	درصد واریانس	درصد تراکمی
۱	۷/۳۷	۲۴/۵۷	۲۴/۵۷
۲	۲/۷۶	۷/۸۸	۳۲/۴۶
۳	۱/۵۷	۷/۰۹	۳۹/۵۵

همان‌طور که در جدول ۲ قابل مشاهده است، داد که مجموعاً ۳۹/۵۵ درصد از واریانس مقیاس تحلیل عامل با چرخش ابلیمین سه عامل را به دست درجه‌بندی SNAP-IV را تبیین می‌کند.

جدول ۳ - سؤال‌های و بارهای عاملی تشکیل‌دهنده مقیاس درجه‌بندی SNAP-IV

در سه عامل به دست آمده بعد از چرخش

سؤال	عوامل	عامل I نقص توجه	عامل II بیش‌فعالی / تکانشگری	عامل III نافرمانی مقابله‌ای
۱	۰/۴۵			
۲	۰/۵۰			
۳	۰/۴۹			
۴	۰/۵۲			
۵	۰/۵۷			
۶	۰/۵۳			
۷	۰/۶۳			
۸	۰/۵۳			
۹	۰/۶۱			
۱۰	۰/۶۴			
۱۱			۰/۶۲	
۱۲			۰/۵۷	
۱۳			۰/۶۱	
۱۴			۰/۵۴	
۱۵			۰/۵۴	
۱۶			۰/۴۴	
۱۷			۰/۵۱	

۱۸		۰/۴۲	
۱۹		۰/۴۹	
۲۰		۰/۵۹	
۲۱		۰/۶۰	
۲۲		۰/۷۳	
۲۳		۰/۵۹	
۲۴		۰/۵۸	
۲۵		۰/۲۷	
۲۶		۰/۵۳	
۲۷		۰/۵۸	
۲۸		۰/۷۵	
۲۹		۰/۵۹	
۳۰		۰/۶۵	
درصد واریانس استخراج شده	۲۴/۵۷	۳۲/۴۶	۳۹/۵۵

با عامل سوم نیز همبستگی دارد، که نشان دهنده این نکته است که این سؤال، سؤال خوبی نیست و به طور خالص یک چیز را نمی‌سنجد. از سؤال ۲۱ تا ۳۰ نیز بیشترین بار عاملی یا همبستگی را با عامل سوم دارند و با توجه به محتوای سؤال‌ها می‌توان ادعا کرد که این سؤال‌ها اختلال نافرمانی مقابله‌ای را می‌سنجد. البته، قابل ذکر است که سوال ۲۵ با بار عاملی کمتر از ۰/۳۰ می‌تواند در مقیاس نهایی حذف گردد.

همبستگی بین عوامل نیز در جدول ۴ ارائه شده است:

جدول ۴- ضرایب همبستگی بین عوامل (نقص توجه، بیش‌فعالی / تکانشگری و نافرمانی مقابله‌ای)

عوامل	نقص توجه	بیش‌فعالی / تکانشگری	نافرمانی مقابله‌ای
نقص توجه	۱		
بیش‌فعالی / تکانشگری	۰/۶۲ *	۱	
نافرمانی مقابله‌ای	۰/۴۹ *	۰/۷۰ *	۱

همان‌طور که در جدول شماره ۳ ملاحظه می‌گردد، بارهای عاملی سؤال‌ها در سه عامل ارائه شده است. با توجه به نتایج این جدول سؤال‌های ۱ تا ۱۰ بیشترین بار عاملی یا همبستگی را با عامل اول دارند و با توجه به محتوای این سؤال‌ها می‌توان ادعا کرد که این سؤال‌های نقص‌توجه را می‌سنجد. از سؤال ۱۱ تا ۲۰ هم بیشترین بار عاملی یا همبستگی را با عامل دوم دارند و با توجه به محتوای سؤال‌ها می‌توان ادعا کرد که این سؤال‌ها بیش‌فعالی را می‌سنجد. البته، قابل ذکر است که سؤال ۲۵ با عامل دوم بار عاملی و همبستگی دارد، ولی به همان اندازه

جدول ۴ نشان می‌دهد که بین عوامل مقیاس SNAP-IV همبستگی در سطح $P \leq 0.05$ وجود دارد. همچنین، برای بررسی روایی همزمان در این پژوهش از همبستگی بین نمره‌های مقیاس درجه‌بندی SNAP-IV با پرسشنامه کانرز والدین و مقیاس درجه‌بندی اختلال نافرمانی مقابله‌ای (ODDRS) استفاده گردید که نتایج آن در جداول ۵ ارائه شده است:

جدول ۵- ضرایب همبستگی بین نمره‌های مقیاس درجه‌بندی SNAP-IV با پرسشنامه کانرز والدین و مقیاس درجه‌بندی اختلال نافرمانی مقابله‌ای (ODDRS)

مقیاس درجه‌بندی اختلال نافرمانی مقابله‌ای	پرسشنامه کانرز والدین	SNAP-IV مقیاس درجه بندی
-	۰/۷۲**	نقص توجه
-	۰/۷۶**	بیش فعالی/تکانشگری
۰/۷۳**	-	نافرمانی مقابله‌ای

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد بین پرسشنامه کانرز والدین و خرده مقیاس‌های نقص توجه و بیش‌فعالی/ تکانشگری همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد. همچنین، بین مقیاس درجه‌بندی اختلال نافرمانی مقابله‌ای و مقیاس درجه‌بندی SNAP-IV همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد. در جدول ۶ خلاصه تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) تفاوت دو گروه عادی و ADHD براساس مقیاس SNAP-IV ارائه شده است.

جدول ۶- خلاصه تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) تفاوت دو گروه عادی و ADHD براساس مقیاس SNAP-IV

منابع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آزمون
نقص توجه	۸۲/۳	۱	۸۲/۳	۰/۰۰۱	۰/۸۸	۱۰۰
بیش فعالی/ تکانشگری	۷۶/۴۲	۱	۷۶/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۷۶	۰/۹۸
نافرمانی مقابله‌ای	۹۸/۲۸	۱	۹۸/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۹۲	۱۰۰

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد بین دو گروه دانش‌آموزان عادی ADHD براساس مقیاس SNAP-IV تفاوت معناداری وجود دارد. در جدول ۷ خلاصه تحلیل واریانس چند متغیری (مانوار) تفاوت دو گروه پسر و دختر براساس مقیاس SNAP-IV ارائه شده است.

جدول ۷ - خلاصه تحلیل واریانس چند متغیری (مانوار) تفاوت دو گروه پسر و دختر براساس مقیاس SNAP-IV.

منابع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	سطح معناداری	مجذوراتا	توان آزمون
نقص توجه	۹۲/۴	۱	۹۲/۴	۰/۱۲	۰/۱۲	۰/۰۵۹
بیش فعالی / تکانشگری	۱۱۹/۲۲	۱	۱۱۹/۲۲	۰/۰۹	۰/۰۰۳	۰/۰۱۲
نافرمانی مقابله‌ای	۱۱۷/۴۲	۱	۱۱۷/۴۲	۰/۵۴	۰/۱۶	۰/۰۱۴

نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد بین دو گروه دختر و پسر براساس مقیاس SNAP-IV تفاوت معناداری وجود نداشت. برای به دست آوردن پایایی مقیاس درجه‌بندی SNAP-IV از آلفای کرونباخ و ضریب

جدول ۸ - ضرایب پایایی کل مقیاس درجه‌بندی SNAP-IV و زیر مقیاس‌های آن

ضرایب پایایی کل مقیاس و زیر مقیاس‌های آن	ضریب آلفای کرونباخ	ضریب بازآزمایی
نقص توجه	۰/۸۲	۰/۶۶
بیش فعالی / تکانشگری	۰/۸۳	۰/۶۵
نافرمانی مقابله‌ای	۰/۸۰	۰/۶۸
کل	۰/۸۹	۰/۶۹

در جدول ۸ ضرایب پایایی (به روش آلفای کرونباخ و بازآزمایی) برای کل مقیاس و زیر مقیاس‌های آن ارائه شده است. ضرایب پایایی کل مقیاس بالای ۰/۸۹ است که نشان دهنده پایایی بالا و مناسب این مقیاس است. همچنین ضرایب پایایی برای زیر مقیاس‌ها نیز از ۰/۶۵ تا ۰/۸۳ است.

در نهایت، با توجه به نتایج ضرایب پایایی به دست آمده می‌توان نتیجه گرفت که مقیاس درجه‌بندی SNAP-IV و زیر مقیاس‌های آن از پایایی کافی و مناسبی برخوردارند.

بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش نشان داد مقیاس درجه‌بندی SNAP-IV ابزاری چند بعدی و مناسب شامل نقص توجه، بیش‌فعالی / تکانشگری و نافرمانی مقابله‌ای برای ارزیابی و تشخیص اختلال نقص‌توجه / بیش‌فعالی و اختلال نافرمانی مقابله‌ای دانش‌آموزان دوره ابتدایی است. تحلیل عامل با چرخش ابلیمین سه عامل را به دست داد که مجموعاً ۳۹/۵۵ درصد از واریانس مقیاس درجه‌بندی SNAP-IV را تبیین کرد. ضرایب همبستگی به دست آمده در خصوص نمره کل با هر یک از سؤال‌ها نشان داد که سؤال‌ها

با نمره کل همبستگی بالایی (از $r = 0/38$ تا $r = 0/63$) داشتند، که نشان دهنده همگرایی پرسش‌های مقیاس درجه‌بندی SNAP-IV در سنجش اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی و اختلال نافرمانی مقابله‌ای دانش‌آموزان دوره ابتدایی است. بنابراین مقیاس درجه‌بندی SNAP-IV به خوبی می‌تواند در سه حیطه نقص توجه، بیش‌فعالی/ تکانشگری و نافرمانی مقابله‌ای دانش‌آموزان دوره ابتدایی را مورد سنجش قرار دهد. همچنین، نتایج روایی همزمان نشان داد بین پرسشنامه کانرز والدین و خرده مقیاس‌های نقص توجه و بیش‌فعالی/ تکانشگری همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد و بین مقیاس درجه‌بندی اختلال نافرمانی مقابله‌ای و مقیاس درجه‌بندی SNAP-IV نیز همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد. همچنین، نتایج روایی تشخیص نشان داد مقیاس درجه‌بندی SNAP-IV می‌تواند دو گروه عادی و ADHD را جدا کند.

بر اساس نتایج به دست آمده در خصوص روایی مقیاس درجه‌بندی SNAP-IV، می‌توان نتیجه گرفت که این مقیاس دارای روایی نظری و سازه قوی است. همچنین، با توجه به نتایج روایی همزمان این مقیاس با پرسشنامه کانرز والدین و مقیاس درجه‌بندی اختلال نافرمانی مقابله‌ای در خصوص ارزیابی و تشخیص اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی و اختلال نافرمانی مقابله‌ای این ابزار می‌تواند برای غربال کردن دانش‌آموزان دارای اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی و اختلال نافرمانی مقابله‌ای دوره ابتدایی به کار گرفته شود.

یافته‌های پژوهش حاضر که نشان دهنده روایی بالای مقیاس درجه‌بندی SNAP-IV است و قدرت تشخیص خوب مقیاس در تعیین و تشخیص اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی و اختلال نافرمانی مقابله‌ای دانش‌آموزان بود، با یافته‌های سوانسون و همکاران (۲۰۰۱)، سمروود و کلیکمن و همکاران، ۱۹۹۸؛ سمروود- کلیک من و همکاران، ۲۰۰۰. به نقل از پنک من (۲۰۰۵)، دیاموند و همکاران (۲۰۰۷) هوشیاری من (۱۳۸۴) شهیم و همکاران (۱۳۸۶) و عابدی (۱۳۸۷) همسوست.

نتایج بارهای عاملی که روایی سازه پرسشنامه پژوهش حاضر را تأیید می‌کند، همانند دیگر مطالعات در خصوص مقیاس درجه‌بندی SNAP-IV نشان دهنده سه عامل نقص توجه بیش‌فعالی/ تکانشگری و نافرمانی مقابله‌ای است. مطالعات سوانسون و همکاران (۲۰۰۱) در خصوص مقیاس درجه‌بندی SNAP-IV نشان داده که این مقیاس از سه عامل اشباع شده است، که عبارتند از: نقص توجه، بیش‌فعالی/ تکانشگری و اختلال نافرمانی مقابله‌ای. این پرسشنامه دارای روایی سازه مناسب بود. ویرایش جدید این مقیاس اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی و اختلال نافرمانی مقابله‌ای را اندازه‌گیری می‌کند و تشخیص می‌دهد. این مقیاس ابتدا در سال ۱۹۸۰ توسط سه مولف به نام‌های سوانسون نولان و پلهام بر اساس DSM ساخته و با حروف اول اسامی سازندگان آزمون به نام SNAP شناخته شد. همزمان با تجدید نظر در ملاک‌های DSM و تدوین DSM-IV مقیاس مذکور نیز بازنویسی و در سال ۲۰۰۱ منتشر شد (سوانسون و همکاران ۲۰۰۱).

همچنین، نتایج پژوهش حاضر در خصوص سه عامل نقص توجه و بیش‌فعالی/تکانشگری و نوع مرکب با پژوهش هوشیاری (۱۳۸۴) همسو بود. هوشیاری (۱۳۸۴) مقیاس درجه‌بندی SNAP-IV را بر روی کودکان ۷-۱۲ سال شهر تهران برای تشخیص اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی هنجاریابی نموده است. در این پژوهش نیز فرم والدین و ۱۸ سوال تشخیص اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی هنجاریابی گردید. یافته‌های این پژوهش نشان داد این مقیاس از سه عامل نقص توجه و بیش‌فعالی/تکانشگری و نافرمانی مقابله‌ای تشکیل شده است. همچنین، نتایج مربوط به روایی همزمان مقیاس درجه‌بندی SNAP-IV نشان داد بین پرسشنامه کانرز والدین و خرده مقیاس‌های نقص توجه و بیش‌فعالی/تکانشگری همبستگی مثبت و معنادار بود. در ضمن، بین مقیاس درجه‌بندی اختلال نافرمانی مقابله‌ای و مقیاس درجه‌بندی SNAP-IV نیز همبستگی مثبت و معناداری وجود داشت.

در پژوهش حاضر، ضرایب پایایی روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ محاسبه گردید. ضریب پایایی به روش بازآزمایی به فاصله‌ی ۴ تا ۶ هفته در حد مناسب و بالایی به دست آمد. در این پژوهش، ضرایب پایایی بازآزمایی برای کل مقیاس درجه‌بندی SNAP-IV بین ۰/۶۹ به دست آمد. همچنین، ضریب پایایی بازآزمایی مربوط به نقص توجه ۰/۶۶، بیش‌فعالی/تکانشگری ۰/۶۵ و اختلال نافرمانی مقابله‌ای ۰/۶۸ است.

شواهد مربوط به ضرائب پایایی و همسانی درونی مقیاس درجه‌بندی SNAP-IV به روش آلفای کرونباخ نیز در حد قابل قبولی بدست آمد. ضرایب

پایایی به روش آلفای کرونباخ برای برای کل مقیاس درجه‌بندی SNAP-IV بین ۰/۸۲ بدست آمد. همچنین، ضریب پایایی بازآزمایی مربوط به نقص توجه ۰/۸۳، بیش‌فعالی/تکانشگری ۰/۸۰ و اختلال نافرمانی مقابله‌ای ۰/۸۹ به دست آمد.

در خصوص پایایی مقیاس درجه‌بندی SNAP-IV، نتایج حاصل از پژوهش حاضر با سایر تحقیقات این حوزه نظیر سوانسون و همکاران (۲۰۰۱)، سمروود و کلیکمن و همکاران، ۱۹۹۸؛ سمروود-کلیکمن و همکاران، ۲۰۰۰. به نقل از پنک من (۲۰۰۵)، دیاموند و همکاران (۲۰۰۷) هوشیاری (۱۳۸۴) شهیم و همکاران (۱۳۸۶)، عابدی (۱۳۸۷) و محمدی (۱۳۸۹) همسوست.

بطور کلی، در ارتباط با انتخاب مقیاس درجه‌بندی SNAP-IV برای بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی در شهر اصفهان و برتری این آزمون نسبت به آزمون‌های دیگر می‌توان به تبیین‌های زیر اشاره نمود:

۱- مقیاس درجه‌بندی SNAP-IV یک مقیاس با عبارات مثبت برای سنجش و ارزیابی اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی و اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان است.

۲- مقیاس درجه‌بندی SNAP-IV برای سنجش و ارزیابی اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی و اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان دوره ابتدایی است، درحالی که سایر آزمون‌ها مربوط به سنین دوره ابتدایی و بالاتر از آن است.

۳- مقیاس درجه‌بندی SNAP-IV تا حدود زیادی نسبت به سایر آزمون‌ها در تشخیص و ارزیابی اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی و اختلال نافرمانی مقابله‌ای بر علام و نشانه‌ها منطبق است.

۴- مقیاس درجه‌بندی SNAP-IV دقیقاً بر معیارهای DSM-IV-R منطبق است.

۵- در سال‌های اخیر بسیاری از تحقیقات در زمینه ADHD از مقیاس درجه‌بندی SNAP-IV استفاده نموده‌اند که می‌توان به موارد زیر اشاره نمود: در مطالعه‌ای که داینین و فیتزژرالد (۲۰۱۰) با هدف شناسایی و ارزیابی کاستی‌های فراشناختی و نقص در کنترل رفتاری و هیجانی گروهی از کودکان تحت درمان ADHD و مقایسه این گروه با مقیاس‌های رفتاری و نقص توجه/تکانشگری موجود در زمینه تشخیص این اختلال، انجام دادند، از آزمون SNAP-IV در شناسایی گروه مورد تحقیق استفاده شده است.

تحقیق دیگری نیز از سوی داینین و فیتزژرالد (۲۰۱۰)، انجام شده که در آن نیز برای تشخیص کودکان ADHD از آزمون SNAP-IV استفاده شده است. هدف از این تحقیق، ارزیابی مجدد از کودکان ADHD مراجعه کرده به کلینیک روانشناسی که تحت کاردرمانی، گفتاردرمانی و فرایندهای بهبود تحصیلی قرار دارند، به منظور ارزیابی اثربخشی و بهبود خدمات ارائه شده به این کودکان، است. در پژوهش عبدای-های^۱ و همکاران (۲۰۱۰) که بر روی ۲۵ کودک ۵ تا ۱۲ ساله مصری، مبتلا به ADHD (۲۱) پسر و ۴ دختر) انجام شد، از مقیاس‌های معلم کانرز (CTRs)، والدین کانرز (CPRs) و مقیاس SNAP-IV برای شناسایی و انتخاب این گروه آزمودنی استفاده شده است. در این تحقیق که با هدف بررسی آشفتگی‌های خواب واقعی و مصنوعی در این گروه

از کودکان انجام شد، پژوهشگران به نتایج جالبی که حکایت از تأثیر اختلال ADHD بر تناوب‌های مخصوص خواب در این کودکان است دست یافتند. کربای و همکاران (۲۰۱۰) به منظور بررسی ارتباط بین سطح یادگیری، رفتارها و تعاملات کودکان مبتلا به اختلالات مرتبط با رشد عصبی، مانند ADHD، اوتیسم و دیس لکسیا با سطح سلول‌های چرب غیراشباع بدن پژوهش‌های جالبی انجام دادند که در آن نیز از مقیاس SNAP-IV استفاده شده است. پژوهش‌های متعددی در این زمینه انجام شده است که در مجموع نشان می‌دهند کودکان با اختلال ADHD ممکن است سطح غلظت کمتری از اسیدهای چرب غیراشباع (PUF. As)، مخصوصاً امگا-۳ در گلبول‌های قرمز و پلاسمای خون نشان دهند و با مکمل‌های اسید چرب غیراشباع امگا-۳ احتمالاً علایم رفتاری در این گروه کاهش خواهد یافت.

در تحقیق دیگری، کیو و همکاران (۲۰۱۰)، اثر ژنوتیپ a2A- آدرنوسپتور C-1291G و بدرفتاری روی علایم تکانشگری و نقص توجه و احتمال مداخله این ژنوتیپ با ارتباطات خانوادگی را بررسی کردند. برای این تحقیق یک گروه ۴۲۹ نفره از دانش‌آموزان ۱۵ ساله انتخاب شدند. آنها برای ارزیابی پرخاشگری، پرتحرکی و بیش‌فعالی و بی‌توجهی، از گزارش‌های مقیاس SNAP-IV فرم معلم که از سوی معلمان مدرسه تکمیل شد، استفاده کردند. در نهایت، ارتباط معناداری بین اثر بدرفتاری و ژنوتیپ ADRA2A روی عملکردهای رفتاری مشاهده شد.

در مجموع، از میان مقیاس‌های درجه‌بندی ADHD که بر اساس DSM-IV بوده، قابل دسترسی هستند، پرسشنامه سوانسون، نولان و پلهام (SNAP-IV) که در مطالعات بسیاری استفاده شده، ابزار مناسبی برای تشخیص علایم اصلی بیش‌فعالی و بی‌توجهی کودکان در کنار علایم اختلال نافرمانی مقابله‌ای است.

منابع

انجمن روانپزشکی آمریکا (۲۰۰۰). متن تجدیدنظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (ویرایش دوم). نیکخو، محمدرضا؛ آوادیس یانس، هامایاک. (مترجمان، ۱۳۸۱). تهران: سخن، (چاپ چهارم).

شهیم س، یوسفی ف، شهایان آ. (۱۳۸۶). «شیوع اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی در کودکان دبستانی». مجله بیماریهای کودکان/ ایران، ۱۷ (۲) ویژه‌نامه پاییز: ۲۱۱-۲۱۶.

عابدی ا. (۱۳۸۷). اعتباریابی و روایی سنجی مقیاس درجه‌بندی اختلال نافرمانی مقابله‌ای (ODDRS) بر روی دانش‌آموزان دوره ابتدایی شهر اصفهان، شورای تحقیقات آموزش و پرورش استان اصفهان.

علیزاده ح. (۱۳۸۴). «تبیین نظری اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی: الگوی بازداری رفتاری و ماهیت خودکنترلی»، پژوهش درحیطه کودکان/ استثنایی ۱۷، سال پنجم، ش ۳، پاییز ۱۳۸۴: ۳۲۳-۳۸۴.

کاپلان اچ ال، سادوک بی ج. (۱۳۸۷). خلاصه روانپزشکی (علوم رفتاری-روانپزشکی بالینی)،

ج ۳، ترجمه رفیعی، حسن و رضایی، فرزین، تهران: انتشارات ارجمند، چاپ هشتم.

نامداری پ، نظری ه. (۱۳۸۶). «میزان شیوع اختلال‌های رفتار ایزدایی در کودکان دبستانی شهر خرم‌آباد»، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، فصلنامه علمی- پژوهشی یافته، دوره نهم، ش ۳، مسلسل ۳۳.

محمدی ا. (۱۳۸۹). هنجاریابی مقیاس درجه‌بندی SNAP-IV (فرم والدین) بر روی کودکان دوره ابتدایی شهر اصفهان، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه خوراسگان.

هوشیاری ز، زمانی رضا ل، صدرالسادات ج. (۱۳۸۴). «تعیین مشخصات روان‌سنجی مقیاس درجه‌بندی SNAP-IV، اجرای والدین»، توانبخشی، ۸ (۳)، مسلسل ۳۱: ۵۹-۶۵.

یوسفی ف، عرفانی ن، خیرآبادی غ، قانع ح. ۱۳۷۹. «بررسی شیوع اختلال‌های سلوک و نافرمانی در دانش‌آموزان دوره راهنمایی کردستان»، فصلنامه علمی- پژوهشی/اندیشه و رفتار، سال ششم، ش ۲ و ۳.

Abd EI- Hay M, Badawy A, EI- Sawy H. (2010). Pol-196- sleep characteristics in Egyptian children with attention deficit-hypeactivity disorder. *European Psychiatry*. 25 (1): 406.

American Pshychiatric Association. (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (4th ed- Revised). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorder. 4th ed., text rev. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Applegate, B, McCare, M. (1997). Validity of the age- of- onset criterion for ADHD: A report from the DSM-IV field trials.

- referred for disruptive behavior. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74, 455- 467.
- Kiive E, Kurridoff T, Maestv J, Harro J. (2010). Effect of α_2A - adrenoceptor C-1291G genotype and maltreatment on hyperactivity and inattention in adolescents. *Progress in Neuro- Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 34 (1): 219-224.
- Kirby, A. Woodward, A. Jackson, S. Wang, Y. (2010). Childrens' learning and behavior and the association with cheek cell polyunsaturated fatty acid levels. *Research in Developmental Disabilities*. 31 (3): 731-742.
- Madaan V, Daughton J, Lubberstedt B. (2008). Assessing the Efficacy of Treatments for ADHD. *CNS Drugs*. 22 (4): 274-290.
- Multi-Health Systems Inc. [online]. Available from URL: <http://www.mhs.com> [accessed (2007) Mar 25]
- Nock, M. K., Kazdin, A. E., Hiripi, E., & Kessler, R. C. (2007). Lifetime prevalence, Correlates, and persistence of oppositional defiant disorder: Results from the National Comorbidity survey replication. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 703-713.
- Penkman, L. (2005). Remediation of attention deficits in children: a focus on childhood cancer, traumatic brain injury and attention deficit disorder. *Developmental Neurorehabilitation*. 7: 2, 11-125.
- Swanson, J., Schuck, S., Mann, M., & N. (2001). Categorical and dimensional definitions and evaluations of symptoms of ADHD: the SNAP and SWAN ratings scales, [online]. Available from URL: <http://www.adhd.net> [Accessed (2006) Dec 24].
- World Health Organization (1996). *International Classification of diseases (10th ed.)* Geneva: Author.
- Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1211-1221.
- Barkley, R. A. (1997). ADHD and the nature of self- control. New York: Guilford.
- Behan, J., & Carr, A. (2000). Oppositional defiant disorder. In A. Carr (Ed.) , What works for children and adolescents? A critical review of psychological, interventions with children, adolescents and their
- Conners C. (1997). Conners' rating scales: revised technical manual. North Tonawanda (NY) ; Multi-Health Systems, [online]. Available from URL: <http://www.mhs.com> [Assessed 2008 Mar 3].
- Dick. M. Viken. J., Kaprio. J. (2005). Understanding the covariation among childhood Externalizing Symptoms: Genetic and Environmental influences on Conduct Disorder, Attention Deficit Hyperactivity Disorder and oppositional Defiant Disorder Symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 33 (2). 219-233.
- Dineen P, Fitzgerald M. (2010). Pol-192- Executive function in routine childhood ADHD assessment. *European psychiatry*. 25 (1): 402.
- Dineen P, Fitzgerald M. (2010). Pol-193- Developmental Comorbidity assessment in childhood ADHD. *European psychiatry*. 25 (1): 403.
- Dirby A, Woodward A, Jackson S, Wang Y. (2010). Childrens' learning and behaviour and the association with cheek cell polyunsaturated fatty acid levels. *Research in Developmental Disabilities*. 31 (3): 731-742.
- Gillberg, C. (2003). Deficit in childhood, motor control, and perception: A brief review. *Archives of childhood*, 88, 904-910
- Hommersen, P., Murray, C., Olan, J., & Johnston, C. (2006). Oppositional Defiant Disorder Rating Scale: Preliminary Evidence of Reliability and Validity. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 14 (2) ,118-125.
- Kazdin. A. E. & Whitley, MK. (2006). Comorbidity, Case Complexity, and effects of evidence- based treatment for children

میزان اثر بخشی روش‌های ایمن سازی روانی و حساسیت زدایی منظم و روش ترکیبی بر اضطراب امتحان و عملکرد تحصیلی و خودکارآمدی دانشجویان پسر

علیرضا ماردپور^{۱*}، سحر جهانبخش گنجه^۲، سلیمان حسینی نیک^۳

۱- دانشگاه آزاد اسلامی واحد دهدشت

۲- دانشگاه آزاد اسلامی واحد دهدشت

۳- دانشگاه آزاد اسلامی واحد دهدشت

چکیده

هدف اساسی پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی سه روش حساسیت زدایی منظم، ایمن سازی روانی و ترکیبی از هر دو روش در کاهش اضطراب امتحان، افزایش عملکرد تحصیلی و خودکارآمدی در دانشجویان پسر مبتلا به اضطراب امتحان بود. جامعه آماری این پژوهش، تمامی دانشجویان پسر دانشگاه آزاد واحد دهدشت در سال تحصیلی ۹۰-۱۳۸۹ بودند که در پیش آزمون نمره بالا گرفتند و دارای اضطراب امتحان بودند. از آنجایی که مجموع دانشجویان پسر در این برهه زمانی ۳۰۰۰ نفر بودند، بر اساس جدول کرجسی و مورگان (۱۹۷۰) حجم نمونه مورد بررسی ۳۴۱ نفر بود که به روش تصادفی ساده انتخاب شدند و از میان آنان ۸۰ نفر، که مطابق پرسشنامه اضطراب امتحان اشیپلبرگر مبتلا به اضطراب امتحان بودند، در سه گروه آزمایشی و یک گروه گواه گمارده شدند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش عبارت بود از پرسشنامه اضطراب امتحان اشیپلبرگر (۱۹۸۰)، پرسشنامه خودکارآمدی شرر و همکاران (۱۹۸۲) و معدل دانشجویان که به عنوان عملکرد تحصیلی در نظر گرفته شد. نتایج حاصل از تحلیل واریانس چند متغیره داده‌ها نشان داد که هر سه روش آموزشی در کاهش اضطراب امتحان ($P < 0/0001$)، ($F=6/269$)، افزایش عملکرد تحصیلی ($P < 0/001$)، ($F=6/374$) و خودکارآمدی ($p < 0/019$)، ($F=3/536$) دانشجویان مؤثر بوده اند. همچنین، نتایج حاکی از این بود که روش درمانی حساسیت زدایی منظم و ایمن سازی روانی به تنهایی از روش ترکیبی اثر بخشی کمتری داشته اند.

واژه‌های کلیدی: اضطراب امتحان، حساسیت زدایی منظم، ایمن سازی در مقابل استرس، خودکارآمدی، عملکرد تحصیلی

مقدمه

اضطراب به منزله بخشی از زندگی هر انسان، در همه افراد در حدی اعتدال آمیز وجود دارد و در این حد به عنوان یک پاسخ سازش یافته تلقی می‌شود؛ به گونه‌ای که می‌توان گفت «اگر اضطراب نبود، همه ما پشت میزهایمان به خواب می‌رفتیم». در مقابل، برخی اضطراب‌ها جنبه مرضی و نابهنجار دارند که پیامدهای منفی بر فرایند رشد و تحول انسان بر جا می‌گذارند و موجب سازش نایافتگی، عملکرد ضعیف و سرانجام شکست و ناکامی می‌شوند (دادستان، ۱۳۷۶). گرچه اضطراب ویژگی اصلی هر کدام از اختلال‌های اضطرابی است که در DSM-IV آمده است، اما عوامل زمینه‌ای یا موقعیتی ویژه‌ای وجود دارد که سبب تمایز بین آنها می‌گردد. همچنین، در طبقه بندی DSM-IV و سایر طبقه بندی‌های انجمن روانپزشکی آمریکا به طور مشخص به اضطراب آموزشی^۱ اشاره‌ای نشده است، لیکن به پدیده اضطراب در سطح وسیعی توجه شده است که می‌توان از آنها اضطراب آموزشی و اضطراب امتحان^۲ را استنباط کرد (پاسارلو^۳ و همکاران، ۱۹۹۹).

اضطراب امتحان به عنوان پدیده‌ای شایع و مهم آموزشی، با اضطراب عمومی رابطه‌ای نزدیک دارد، با این حال دارای ویژگی‌ها و مشخصه‌های خاصی

است که آن را از اضطراب عمومی مجزا می‌سازد (ساراسون^۴، ۱۹۸۰؛ اشپیل برگر^۵، ۱۹۹۵). سیر^۶ (۱۹۸۰) اضطراب امتحان را حالت خاصی از اضطراب عمومی می‌داند که پاسخ‌های پدیدار شناختی^۷، فیزیولوژیک و رفتاری مرتبط با ترس از شکست را شامل می‌شود و فرد آن را در موقعیت‌های ارزیابی تجربه می‌کند. هنگامی که اضطراب امتحان رخ می‌دهد، بسیاری از فرایندهای شناختی و توجهی با عملکرد مؤثر فرد تداخل می‌کنند. بنابراین، برخی از دانش آموزان و دانشجویان در مراحل مختلف؛ قبل از امتحان، هنگام امتحان و پس از امتحان اضطراب را تجربه می‌کنند و این امر سبب می‌شود که بسیاری از فرایندهای شناختی و توجهی با عملکرد مؤثر فرد تداخل ایجاد کند (به پژوه و همکاران، ۱۳۸۸).

پدیده اضطراب امتحان، احتمالاً از زمان استفاده از آزمون‌ها به منظور ارزشیابی کارآمدی افراد، وجود داشته است (دادستان، ۱۳۷۰). تراین^۸ (۱۹۸۰) به مقالاتی درباره اضطراب امتحان اشاره کرده که حدود ۶۰ سال پیش نوشته شده است. بررسی و کاوش در متون روانشناسی نشان می‌دهد که پژوهش در

4 -Sarason
5 -Speilberger
6 -Siber
7 -phenomenological
8 -Tryon

1 -school anxiety
2 -test anxiety
3 -Passarello

خصوص این موضوع، به طور جدی توسط مندلر^۱ و ساراسون (۱۹۵۲) شروع شده است.

واین^۲ (۱۹۷۱) یک مدل توجهی-شناختی را برای برای تبیین چگونگی تأثیر اضطراب امتحان بر عملکرد مطرح کرده است. بر اساس این مدل دانش آموزان با اضطراب بالا، توجه خود را به فعالیت‌های نامرتبط با تکلیف، اشتغالات فکری همراه با نگرانی، انتقاد از خود و نگرانی‌های جسمانی معطوف می‌کنند و در نتیجه، توجه کمتری بر تلاش و کوشش‌های تکلیف مدار دارند که موجب کاهش عملکرد آنها می‌گردد. مایکنام^۳ و باتلر^۴ (۱۹۸۶) تبیین جامع‌تری را را ارائه داده اند. بر اساس این مدل، کیفیت عملکرد امتحان، ضرورتاً فقط به نقایص و کمبودهای توجهی مربوط نمی‌شود، بلکه نقص در رفتار مطالعه یا کمبود در مهارت‌های امتحان دهی، می‌تواند دلیل خوبی برای عملکرد ضعیف باشد.

از طرف دیگر، خودکارآمدی^۵ یکی از عناصر خود خود پنداره و مشتمل بر باورها و انتظاراتی است که به طور مؤثر با وظایف و نیازهای فردی مرتبط است (بندورا^۶، ۱۹۸۶). خودکارآمدی، ادراکی است که فرد تصور می‌کند می‌تواند به طور موفقیت آمیزی رفتارهای لازم را برای ایجاد یک پیامد مطلوب و خوشایند انجام دهد (شرر و همکاران؛ ۱۹۸۲؛ به نقل از نریمانی و همکاران، ۱۳۸۸). بنابراین، خودکارآمدی ادراک شده^۷ نقش تعیین کننده‌ای بر

خود انگیزی افراد دارد، زیرا باور خودکارآمدی بر گزینش اهداف چالش آور، میزان تلاش، استقامت، پشتکار و تحمل فشارها اثر می‌گذارد و باور خودکارآمدی از طریق این تعیین کننده‌ها بر رفتار انسان نقش اساسی را ایفا می‌کند (بندورا، ۱۹۸۶). افراد دارای خودکارآمدی بالا در مقایسه با افراد دارای خودکارآمدی پایین به مقابله بهتر با موانع موجود در موقعیت امتحان قادر هستند و بیشتر تلاش می‌کنند که بر موانع موجود در امتحان غلبه کنند و این واضح است که تکرار شکست در امتحان، احساس پایداری از خودکارآمدی را در فرد به وجود می‌آورد (ولفولک و هوی^۸، ۱۹۹۰؛ به نقل از نریمانی و همکاران، ۱۳۸۸).

بیشتر مطالعات انجام شده (ارجن^۹، ۲۰۰۳؛ بنسون^{۱۰}، ۱۹۸۹؛ همبری^{۱۱}، ۱۹۸۸) بیانگر این حقیقت اند که بین افزایش اضطراب و کاهش عملکرد تحصیلی، عزت نفس^{۱۲}، خودکارآمدی و دیگر متغیرهای سلامت روان، همبستگی مثبتی وجود دارد، زیرا فردی که دچار اضطراب می‌شود، درباره توانایی‌های خود تردید می‌کند و در موقعیت‌هایی که در معرض ارزشیابی یا بروز توانایی‌ها و مهارت‌های خود قرار می‌گیرد، احساس ناتوانی می‌کند. از طرف دیگر، نگاهی به مجموعه تکنیک‌های کاهش اضطراب به خوبی آشکار می‌سازد که روش‌های درمانی و آموزشی مختلفی مانند آموزش تن آرامی، آموزش ایمن سازی در مقابل استرس^{۱۳} آموزش

1 -Mandler

2 -Wine

3 -Meichenbaum

4 -Butler

5 -Self - efficacy

6-Bandura

7 -Perceived self-efficacy

8 -Volfolke&Hevi

9 -Ergene

10 -Benson

11 -Hembree

12 -self-esteem

13 -training stress inoculation

درمان چند وجهی بر کاهش اضطراب امتحان تأثیری مهم دارد. همچنین، پس از درمان به طور جالب توجهی عملکرد تحصیلی آزمودنی‌ها افزایش یافت و اضطراب صفت آن‌ها پس از درمان به طور معنی داری کاهش یافت.

مطالعه موردی سارور^۴ (۲۰۰۲) در درمان اضطراب، اضطراب، امتحان مؤید آن است که روش شناختی- رفتاری بیشتر از روش خانواده درمانگری در کاهش اضطراب امتحان مفید است.

دیویس و لیساکر^۵ (۲۰۰۵) اثربخشی تکنیک‌های شناختی- رفتاری را در اصلاح باورهای فراشناختی و تکنیک شناختی و رفتاری را در بهبود مهارت‌های فراشناختی افراد مبتلا به اضطراب امتحان مؤثر می‌دانند.

دودین^۶ (۲۰۰۸) در تحقیقی به این نتیجه دست یافت که برای کاهش اضطراب امتحان، استفاده صرف از روش شناخت درمانی کافی نیست، بلکه روش‌های مطالعه نیز به منظور رشد عملکرد تحصیلی و کاهش اضطراب امتحان ضروری است.

دانیل^۷ و همکاران (۲۰۰۹) در پژوهشی سه روش درمانی WHEE، EFT، CBT^۸ را به منظور درمان اضطراب ۱۵ نفر از دانشجویان دانشگاه به کار بردند. نتایج نشان داد که هر سه روش درمانی در کاهش اضطراب امتحان مؤثر بودند. با این وصف، دو

مهارت‌های مطالعه، پسخوراند زیستی و مداخله‌های شناختی- رفتاری، هر کدام اثر بخشی متفاوتی بر اضطراب امتحان داشته‌اند. با این وصف، حساسیت زدایی منظم تنها یا توأم با تکنیک‌های رفتاری، بیشتر از درمان‌های دیگر در اضطراب امتحان مؤثر واقع شده‌اند (اشپیلبرگر، ۱۹۹۵؛ ساپ^۱، ۱۹۹۹؛ بیابانگرد، ۱۳۸۷). در این خصوص، ملینک و راسل^۲ (۱۹۷۶) در پژوهشی ۲۷ دانش آموز نوجوان را به شیوه تصادفی انتخاب و به دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه تقسیم کردند. آنان دو روش درمانی حساسیت زدایی منظم و شناخت درمانی را برای کاهش اضطراب امتحان به کار بردند. پس از ۱۰ جلسه درمان، اضطراب امتحان گروه‌های آزمایشی نسبت به گروه گواه به طور معنی داری کاهش یافت. در اثربخش بودن هیچ یک از روش‌ها تفاوت قابل ملاحظه‌ای به دست نیامد.

جانسن و باروز^۳ (۱۹۸۳) آموزش ایمن سازی در مقابل استرس را برای درمان اضطراب امتحان دانش آموزان دبیرستانی، به مدت شش هفته به صورت گروهی به کار بردند. نتایج نشان داد که آموزش ایمن سازی در مقابل استرس موجب کاهش اضطراب امتحان و افزایش خودکارآمدی، باورهای منطقی و پیشرفت تحصیلی می‌شود.

کندی و دوپک (۱۹۹۹) درمان‌های چند وجهی (آموزش تن آرامی، حساسیت زدایی منظم و مداخلات شناختی- رفتاری) را برای دانشجویان مبتلا به اضطراب امتحان به کار بردند. نتایج نشان داد که

4- Sarver

5- Davis&Lysaker

6- Dodeen

7- Daniel

8- Cognitive Behavioral Therapy

9- Emotional Freedom Technique

10- Wholistic Hybrid Derived from Eye Movement Desensitization and Reprocessing and Emotional freedom techniques

1- Sapp

2- Melink&Russel

3- Johnson&Burrows

جلسه درمانی EFT و WHEE به اندازه ۵ جلسه CBT در کاهش اضطراب امتحان مؤثر بود.

علایی و احمدی (۲۰۱۱) در پژوهشی راهبردهای شناختی- رفتاری را برای کاهش اضطراب امتحان در مورد ۳۶ دانش آموز پایه دوم راهنمایی در تهران به کار بردند. نتایج نشان داد که بین گروه‌های آزمایشی و گواه در خصوص اضطراب امتحان تفاوت معناداری وجود دارد.

کریمی باغملک و عبادی (۱۳۸۵) با انجام پژوهشی با عنوان بررسی تأثیر دو روش بازسازی شناختی و حساسیت زدایی منظم بر کاهش اضطراب ریاضی دانش آموزان دختر سال سوم راهنمایی شهر اهواز، به این نتیجه رسیدند که روش‌های درمانی حساسیت زدایی منظم و بازسازی شناختی در دوره درمان، کاهش اضطراب ریاضی آزمودنی‌ها را موجب می‌شود و پس از درمان (یعنی دو ماه پس از درمان) کارایی روش بازسازی شناختی کاهش یافت، ولی تأثیر روش حساسیت زدایی منظم همچنان ثابت باقی خواهد ماند.

کاظمیان مقدم و همکاران (۱۳۸۷) در پژوهشی بر روی دانش آموزان دختر مقطع راهنمایی شهر بهبهان، به این نتیجه دست یافتند که حساسیت زدایی منظم به طور مؤثری موجب کاهش اضطراب امتحان و افزایش پیشرفت تحصیلی دانش آموزان دختر می‌شود. همچنین، مشخص گردید که ترتیب تولد بر تفاوت حاصل بین گروه آزمایشی و گواه در اضطراب امتحان و عملکرد تحصیلی تأثیری ندارد.

نریمانی و همکاران (۱۳۸۸) در مطالعه‌ای با عنوان «مقایسه اثر بخشی روش‌های ایمن سازی روانی

مایکن بام و مهارت‌های مطالعه و ترکیبی از هر دو روش در افزایش خودکارآمدی دانش آموزان دختر» دوره متوسطه اول ساکن اردبیل به این نتیجه دست یافتند که روش‌های مذکور در عملکرد تحصیلی دانش آموزان تأثیر گذار است، اما روش ترکیبی از دو روش ایمن سازی روانی و مهارت‌های مطالعه به طور تفکیکی اثر بخشی بیشتری دارد.

از آنجایی که پژوهش‌های صورت گرفته در خصوص اثر بخشی راهبردهای مختلف در ایران اندک هستند و به ندرت از روش‌های درمانی ترکیبی برای درمان و کاهش اضطراب امتحان استفاده شده است، بنابراین، در این پژوهش کوشش شد که دو راهبرد مختلف با مبانی نظری مختلف و نیز ترکیب این دو راهبرد برای تعیین اثر بخشی آنها بر اضطراب امتحان، عملکرد تحصیلی و خودکارآمدی بررسی و مقایسه گردند. لذا با توجه به تمهیدات مورد اشاره، هدف اساسی پژوهش حاضر بررسی مقایسه‌ای اثر بخشی سه روش آموزش حساسیت زدایی منظم، ایمن سازی در مقابل استرس مایکن بام و ترکیبی از هر دو روش بر اضطراب امتحان، پیشرفت تحصیلی و خودکارآمدی دانشجویان پسر دانشگاه آزاد اسلامی واحد دهدشت بوده است.

روش تحقیق

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه گیری. جامعه آماری این پژوهش همه دانشجویان پسر مشغول به تحصیل در سال تحصیلی ۹۰-۸۹ در دانشگاه آزاد اسلامی واحد دهدشت بودند که در پیش آزمون نمره بالا گرفتند و دارای اضطراب امتحان بودند. حجم

نمونه پژوهش حاضر از طریق برآورد حجم نمونه بر حسب جدول کرجسی و مورگان^۱ (۱۹۷۰) تعیین گردید. از آنجایی که مجموع دانشجویان پسر در این برهه زمانی ۳۰۰۰ نفر بودند، لذا بر اساس این جدول حجم نمونه مورد بررسی ۳۴۱ نفر انتخاب گردید. بدین خاطر کوشش شد تا حجم نمونه مورد بررسی از ۳۴۱ نفر کمتر نباشد. شیوه انتخاب نمونه تحقیق حاضر بر اساس روش نمونه گیری تصادفی ساده بود. بدین منظور، بر اساس شماره دانشجویی و از طریق رایانه مرکزی آموزش دانشگاه آزاد واحد دهدشت، بر حسب تصادف نمونه مورد نظر انتخاب گردید و سپس پرسشنامه اضطراب امتحان اشیپلبرگر (۱۹۸۰) بر روی آنها اجرا شد و ۸۰ نفر از آنها که مبتلا به اضطراب امتحان بودند، شناسایی و بر حسب تصادف به چهار گروه مساوی (هر گروه ۲۰ نفر) تقسیم شدند. سه گروه از این چهار گروه، گروه‌های آزمایشی بودند که متغیرهای مستقل تحقیق (شیوه‌های درمانی) بر روی آنها اعمال گردید و بر روی گروه چهارم (گروه گواه) هیچ گونه عمل آزمایشی اجرا نگردید. طرح پژوهش از نوع طرح شبه تجربی پیش آزمون-پس آزمون چند گروهی با گروه گواه بود. شایان ذکر است که آزمودنی‌هایی به عنوان آزمودنی مبتلا به اضطراب امتحان انتخاب شدند که نمره‌های آنها در آزمون اضطراب اشیپلبرگر یک انحراف معیار بالاتر از میانگین کل نمونه بود. در ضمن، برای بررسی عملکرد تحصیلی از معدل دانشجویان استفاده شد. معدل آزمودنی‌ها قبل از ارائه عمل آزمایشی به عنوان پیش آزمون (معدل نیمسال

اول) و پس از ارائه عمل آزمایشی به عنوان پس آزمون (معدل نیمسال دوم) استفاده شد. ابزار پژوهش: ۱- پرسشنامه اضطراب امتحان اشیپلبرگر. این پرسشنامه ۲۰ ماده‌ای توسط اشیپلبرگر (۱۹۸۰) ساخته شده است که واکنش قبل، هنگام و پس از امتحان‌ها را توصیف می‌کند. این پرسشنامه شامل دو خرده آزمون «نگرانی» و «هیجان پذیری» است که تفاوت‌های فردی آزمودنی‌ها را در اضطراب امتحان می‌سنجد. وی با استفاده از تحلیل عاملی، دو عامل نگرانی و هیجان پذیری را به دست آورد که به اندازه نمره اضطراب کلی معتبر هستند (ابوالقاسمی، ۱۳۸۲). این پرسشنامه ابزاری خود گزارش دهی است و هر آزمودنی بر اساس یک مقیاس چهار گزینه‌ای «هرگز»، «به ندرت»، «گاهی» و «اغلب» به هر ماده پاسخ می‌دهد. این گزینه‌ها به ترتیب بر اساس مقادیر ۱، ۲، ۳ و ۴ نمره گذاری می‌شوند. گرفتن نمره بالا در این پرسشنامه نشان دهنده اضطراب امتحان بالاست (اشیپلبرگر، ۱۹۸۰). ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در نمونه‌های دختر و پسر بالای ۰/۹۲ بوده و ضریب باز آزمایی پس از سه هفته و یک ماه ۰/۸۰ گزارش شده است (رجیستر و همکاران، ۱۹۹۱). در پژوهشی در ایران، ابوالقاسمی و همکاران بر روی ۱۲۰ دانش آموز دبیرستانی ضریب پایایی همسانی درونی، تنصیف و باز آزمایی (پس از ۴ هفته) این پرسشنامه را به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۹۰ و ۰/۹۰ به دست آوردند. و همبستگی کل این پرسشنامه و مؤلفه‌های آن با بسیاری از مقیاس‌های اضطراب امتحان مناسب گزارش شده است (ابوالقاسمی، ۱۳۸۲).

پرسشنامه خودکارآمدی. این مقیاس توسط شرر و همکاران (۱۹۸۲) ساخته شده است که چهار گزینه‌ای است و ۱۷ ماده را شامل می‌شود. پایایی این مقیاس ۰/۵۰ برآورد شده و ضریب روایی این پرسشنامه با آزمون خودکارآمدی بندورا ۰/۷۲ بوده است (ابوالقاسمی، ۱۳۸۱).

پروتکل‌های درمانی

روش حساسیت زدایی منظم: این روش طی ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی توسط پژوهشگر، هفته‌ای دوبار و طی سه مرحله ایجاد سلسله مراتب اضطراب امتحان (سه جلسه)، آموزش تن آرامی (چهار جلسه) و شرطی سازی تقابلی (پنج جلسه) اجرا شد. در مرحله اول هر فرد پس از گذشت سه جلسه یک فهرست ۱۶ موردی از اضطراب خود را بر حسب درجه شدت اضطراب از خفیف تا شدید تهیه نمود. در مرحله دوم، ضمن آموزش تن آرامی، هر یک از آنها سطح تنش خود را به ۱۰ تا ۱۵ درجه (بر اساس مقیاس صفر تا صد) رساندند (جلسه چهارم تا هفتم). در مرحله سوم، ابتدا هر یک از افراد آرامش را تجربه نمودند و سپس از آنها خواسته شد تا به ترتیب چهار رویداد اول را تجسم کنند و در طی جلسات بعد این کار ادامه یافت تا تمام رویدادها به تجسم در آمدند (جلسات هشتم تا یازدهم). در جلسه آخر (دوازدهم) مجدداً تمام رویدادها به تجسم در آمدند. در پایان روش درمانی از همه افراد خواسته شد در جلسه پس آزمون شرکت نمایند.

روش ایمن سازی در مقابل استرس: ایمن سازی روانی مایکنام به طور اختصاصی برای آزمودنی‌ها در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای دوبار برگزار گردید. جلسه اول با برقراری ارتباط حسنه با دانشجویان، معرفی اعضای گروه به هم، تبیین کلی درمان و انجام پیش آزمون پایان یافت. در جلسه دوم، بیانی مختصر و کلی از ایمن سازی روانی به زبان ساده و ایجاد امید در مراجع و تلاش در جهت مفهوم سازی مجدد اضطراب امتحان در قالب همگانی بودن پاسخ‌های اضطرابی، مورد توجه قرار گرفت. در جلسه سوم، تشویق مراجعان به خودافشاگری متقابل^۱ در جمع، برای رسیدن به هنجار سازی^۲ و تلاش برای تغییر گفتگوی درونی مراجع درباره واکنش‌های اضطرابی مد نظر قرار گرفت. در جلسه چهارم، به یادآوری بر اساس تصویر سازی ذهنی^۳ به منظور ایجاد تعامل بین افکار، احساسات و رفتارهای اضطراب انگیز پرداخته شد. در جلسه پنجم، با توجه به جلسات گذشته کوشش شد تا مراجعان به مفهوم سازی مجددی از واکنش‌های اضطرابی خود دست یابند. در جلسه ششم، تکنیک تن آرامی پیشرونده آموزش داده شد. در جلسه هفتم، علاوه بر تمرین تن آرامی، تکنیک توجه برگردانی اعمال گردید. در جلسه هشتم، علاوه بر تمرین تن آرامی پیشرونده و توجه برگردانی به آموزش بازسازی شناختی اقدام شد. در جلسه نهم، مجدداً آموزش بازسازی شناختی مد نظر قرار گرفت و نقش افکار خودکار و پیامد باورهای نادرست و

1 -mutual self-disclosure

2 -normalization

3 -imagery-based recall

منطق زیربنایی این باورهای غلط و آزمون اعتبار آنها بررسی شد. در جلسه دهم، علاوه بر تمرین تکنیک‌های قبلی به آموزش خودگویی هدایت شده اقدام شد. در جلسه یازدهم، علاوه بر تمرین روش‌های قبلی تکنیک حل مسئله آموزش داده شد. در جلسه دوازدهم مجدداً تمام تکنیک‌های قبلی تمرین شدند و از همه افراد خواسته شد در جلسه پس آزمون شرکت نمایند.

ترکیب هر دوروش: در این روش ترکیبی که طی ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی توسط پژوهشگر، هفته‌ای دو بار اجرا گردید، ابتدا در شش جلسه اول آموزش ایمن سازی روانی و سپس در شش جلسه دوم به آموزش حساسیت زدایی منظم اقدام شد. جلسه اول، برقراری روابط حسنه و انجام پیش آزمون به منظور جمع آوری اطلاعات بود. در جلسه دوم، ضمن بیان کلی اهداف ایمن سازی روانی، تکنیک تن آرامی پیشرونده آموزش داده شد.

در جلسه سوم، تکنیک توجه گردانی اعمال شد. در جلسه چهارم، علاوه بر تمرین تن آرامی و توجه برگردانی به آموزش بازسازی شناختی پرداخته شد. در جلسه پنجم، آموزش خودگویی هدایت شده مورد توجه قرار گرفت و در جلسه ششم ضمن تمرین روش‌های قبلی تکنیک‌های حل مسئله آموزش داده شد. آموزش حساسیت زدایی منظم در شش جلسه بعدی طی سه مرحله ایجاد و سلسله مراتب اضطراب امتحان (دو جلسه)، آموزش تنش زدایی (دو جلسه) و شرطی سازی تقابلی (دو جلسه) اجرا شد.

نتایج تحقیق

نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره (مانکوا)، تحلیل کواریانس یک‌طرفه (آنکوا) و نتایج آزمون تعقیبی LSD در جداول ۱، ۲ و ۳ ارائه شده است.

جدول ۱. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره (مانکوا) بر روی میانگین پس آزمون اضطراب امتحان، خودکارآمدی و عملکرد تحصیلی گروه‌های آزمایشی و گواه با کنترل پیش آزمون

نام آزمون	مقدار	F	DF اثر مورد بررسی	df خطا	سطح معناداری
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۵۸۸	۴/۴۲۴	۹	۱۶۳/۲۱۱	۰/۰۰۰۱

همانطور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، سطوح معناداری آزمون لامبدای ویلکز نشان دهنده آن است که با کنترل پیش آزمون بین آزمودنی‌های گروه‌های آزمایشی و گواه، حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (اضطراب امتحان، عملکرد تحصیلی و

خودکارآمدی) تفاوت معناداری بوده است. برای پی بردن به این نکته که از لحاظ کدام متغیر بین چهار گروه تفاوت وجود داشته، سه تحلیل کواریانس یکطرفه انجام گرفت که نتایج در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. نتایج تحلیل کواریانس یکطرفه (آنکوا) به منظور مقایسه پس آزمون اضطراب امتحان، عملکرد تحصیلی و

خودکارآمدی در گروه‌های آزمایشی و گواه با کنترل پیش آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
توانایی یادگیری	پیش آزمون	۴۹۱/۵۹۸	۱	۴۹۱/۵۹۸	۶۹/۵۳۹	۰/۰۰۰۱	۰/۴۹۱	۱/۰۰
	گروه	۱۳۵/۰۷۶	۳	۴۵/۰۲۵	۶/۲۶۹	۰/۰۰۱	۰/۲۱۰	۰/۹۶۰
عملکرد تحصیلی	پیش آزمون	۲۷/۸۳۳	۱	۲۷/۸۳۳	۶۱/۰۴۴	۰/۰۰۰۱	۰/۴۵۹	۱/۰۰
	گروه	۸/۷۱۹	۳	۲/۹۰۶	۶/۳۷۴	۰/۰۰۱	۰/۲۱۰	۰/۹۶۰
توانایی یادگیری و عملکرد تحصیلی	پیش آزمون	۳۸۵/۳۸۶	۱	۳۸۵/۳۸۶	۱۱۰/۶۳۷	۰/۰۰۰۱	۰/۶۰۶	۱/۰۰
	گروه	۳۶/۹۵۱	۳	۱۲/۳۱۷	۳/۵۳۶	۰/۰۱۹	۰/۱۲۸	۰/۸۰۱

آماري بالای این آزمون و کفایت حجم نمونه برای تأیید این فرضیه بوده است.

فرضیه سوم: بین میانگین‌های نمره‌های پس آزمون خودکارآمدی گروه‌های حساسیت زدایی منظم، ایمن سازی روانی، ترکیبی از هر دو روش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که با کنترل پیش آزمون بین آزمودنی‌های گروه‌های آزمایشی و گواه از لحاظ امتحان خودکارآمدی ($F=۳/۵۳۶$, $P<۰/۰۱۹$) تفاوت معنادار بوده است. بنابراین، فرضیه سوم تحقیق، تأیید شد. میزان تأثیر ۰/۱۲ درصد بود؛ توان آماری بالای ۰/۸ حاکی از دقت آماری بالای این آزمون و کفایت حجم نمونه برای تأیید این فرضیه بوده است. به منظور بررسی اینکه کدام یک از روش‌های درمانی بر متغیرهای وابسته (اضطراب امتحان، عملکرد تحصیلی و خودکارآمدی) تأثیر داشته‌اند، مقایسه‌های زوجی آزمون پس از وقوع LSD^۱ در جدول ۳ ارائه شده است.

فرضیه اول: بین میانگین‌های نمره‌های پس آزمون اضطراب امتحان گروه‌های حساسیت زدایی منظم، ایمن سازی روانی، ترکیبی از هر دو روش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که با کنترل پیش آزمون بین آزمودنی‌های گروه‌های آزمایشی و گواه از لحاظ اضطراب امتحان ($F=۶/۲۶۹$, $P<۰/۰۰۱$)، تفاوت معنادار است؛ بنابراین، فرضیه اول تحقیق تأیید شده است. میزان تأثیر ۰/۲۱ بود؛ توان آماری ۰/۹۶ حاکی از دقت آماری بالای این آزمون و کفایت حجم نمونه برای تأیید این فرضیه بوده است.

فرضیه دوم: بین میانگین‌های نمره‌های پس آزمون عملکرد تحصیلی گروه‌های حساسیت زدایی منظم، ایمن سازی روانی، ترکیبی از هر دو روش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که با کنترل پیش آزمون بین آزمودنی‌های گروه‌های آزمایشی و گواه از لحاظ عملکرد تحصیلی ($F=۶/۳۷۴$, $P<۰/۰۰۱$) تفاوت معنادار بوده است؛ بنابراین، فرضیه دوم تحقیق تأیید شده است. میزان تأثیر ۰/۲۱ بود؛ توان آماری بالای ۰/۸ حاکی از دقت

1 - Least Significant Differences

جدول ۳. نتایج آزمون تعقیبی LSD و مقایسه‌های زوجی میانگین‌های تعدیل شده نمره‌های پس آزمون اضطراب امتحان، عملکرد تحصیلی و خودکارآمدی

متغیر وابسته			اضطراب امتحان			عملکرد تحصیلی			خودکارآمدی	
شاخص‌های آماری			میانگین	تعدیل شده	سطح	میانگین	تعدیل شده	سطح	میانگین	تعدیل شده
متغیرهای مستقل			گروه ۱	گروه ۲	معناداری	گروه ۱	گروه ۲	معناداری	گروه ۱	گروه ۲
ایمن سازی روانی	حساسیت	۲۹/۴۱	۲۸/۱۱	۰/۵۹۷	۱۴/۸۴	۱۵/۳۹	۰/۰۰۵	۶۰/۹۲	۶۰/۳۲	۰/۵۲۴
	زدایی									
	ترکیبی	۲۹/۴۱	۲۵/۶۰	۰/۰۰۰۱	۱۴/۸۴	۱۵/۹۱	۰/۰۰۰۱	۶۰/۹۲	۶۴/۹۹	۰/۰۰۰۱
حساسیت زدایی	کنترل	۲۹/۴۱	۶۰/۱۲	۰/۰۰۰۱	۱۴/۸۴	۱۳/۱۱	۰/۰۰۰۱	۶۰/۹۲	۵۳/۴۰	۰/۰۰۰۱
	ترکیبی	۲۸/۱۱	۲۵/۶۰	۰/۰۰۰۱	۱۵/۳۹	۱۵/۹۱	۰/۰۲۸	۶۰/۳۲	۶۴/۹۹	۰/۰۰۰۱
	کنترل	۲۸/۱۱	۶۰/۱۲	۰/۰۰۰۱	۱۵/۳۹	۱۳/۱۱	۰/۰۰۰۱	۶۰/۳۲	۵۳/۴۰	۰/۰۰۰۱
ترکیبی	کنترل	۲۵/۶۰	۶۰/۱۲	۰/۰۰۰۱	۱۵/۹۱	۱۳/۱۱	۰/۰۰۰۱	۶۴/۹۹	۵۳/۴۰	۰/۰۰۰۱

با توجه به نتایج جدول ۳ ملاحظه می‌شود که در پس آزمون اضطراب امتحان بین شرایط آزمایشی حساسیت زدایی منظم و روش ترکیبی ($P=0/0001$)، بین ایمن سازی روانی و روش ترکیبی ($P=0/0001$)، بین ایمن سازی روانی و گروه کنترل ($P=0/0001$)، بین حساسیت زدایی منظم و روش ترکیبی ($P=0/0001$)، بین حساسیت زدایی منظم و گروه کنترل ($P=0/0001$) و بین روش ترکیبی و گروه کنترل ($P=0/0001$) تفاوت معناداری در کاهش اضطراب امتحان بوده است، در حالی که بین روش ایمن سازی روانی و حساسیت زدایی منظم ($P=0/597$) تفاوت معناداری نبوده است. نگاهی به اختلاف میانگین‌ها و سطوح معناداری جدول ۳ نشان می‌دهد که هر سه روش درمانی در کاهش اضطراب امتحان مؤثر بوده اند، اما روش ترکیبی از ایمن سازی روانی و حساسیت زدایی منظم اثر بخشی بیشتری داشته است.

همچنین، مقایسه‌های زوجی در خصوص اثر بخشی سه روش درمانی بر روی عملکرد تحصیلی نشان می‌دهد که بین شرایط آزمایشی ایمن سازی روانی و حساسیت زایی منظم ($P=0/005$)، ایمن سازی روانی و روش ترکیبی ($P=0/0001$)، ایمن سازی روانی و گروه کنترل ($P=0/0001$)، حساسیت زدایی منظم و روش ترکیبی ($P=0/028$)، حساسیت زدایی منظم و گروه کنترل ($P=0/0001$) و روش ترکیبی و گروه کنترل ($P=0/0001$) در بهبود عملکرد تحصیلی تفاوت معناداری بوده است. نگاهی به اختلاف میانگین‌ها و سطوح معناداری در جدول ۵ نشان می‌دهد که هر سه روش درمانی در بهبود عملکرد تحصیلی مؤثر بوده‌اند. مقایسه‌های زوجی جدول ۳ در خصوص خودکارآمدی نشان می‌دهد که بین شرایط آزمایشی ایمن سازی روانی و ترکیبی ($P=0/0001$)، ایمن سازی روانی و کنترل ($P=0/0001$)، حساسیت زدایی منظم و روش ترکیبی ($P=0/0001$)، حساسیت زدایی منظم و روش ترکیبی

($P=0/0001$)، حساسیت زدایی منظم و کنترل ($P=0/0001$)، روش ترکیبی و کنترل ($P=0/0001$) در افزایش خودکارآمدی تفاوت معناداری بوده است؛ در حالی که بین ایمن سازی روانی و حساسیت زدایی منظم ($P=0/524$) در افزایش خودکارآمدی تفاوت معناداری نبوده است. نگاهی به اختلاف میانگین‌ها و سطوح معناداری نشان می‌دهد که هر سه روش درمانی در افزایش خودکارآمدی مؤثر بوده‌اند، اما روش ترکیبی از روش ایمن سازی روانی و حساسیت زدایی منظم اثر بخشی بیشتری داشته است.

بحث و نتیجه گیری

بررسی دقیق نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر و مشاهده تفاوت معنادار در کاهش میزان اضطراب امتحان و افزایش عملکرد تحصیلی و خودکارآمدی دانشجویان پسر گروه‌های آزمایشی نسبت به گواه و همچنین، برخی گروه‌های آزمایشی نسبت به برخی گروه‌های آزمایشی دیگر پس از آموزش‌های سه گانه مورد نظر به عنوان یک برنامه مداخله‌ای، نشان دهنده این است که این راهبردها بر اضطراب امتحان مؤثر بوده‌اند. پژوهش حاضر حاکی از این است که سه روش حساسیت زدایی منظم، ایمن سازی روانی مایکنبام و ترکیبی از هر دو روش در کاهش اضطراب امتحان و افزایش عملکرد تحصیلی و خودکارآمدی آشکارا اثربخش بوده‌اند. این یافته‌ها با نتایج تحقیقات انجام شده دیگر در مورد اثر بخشی روش‌های حساسیت زدایی منظم و ایمن سازی روانی بر اضطراب امتحان، عملکرد تحصیلی و خودکارآمدی، نظیر تحقیقات انجام شده

توسط اسنایدر و دیفن باخر (۱۹۷۷)، اسنایدر و نوید (۱۹۹۳)، دوپک (۱۹۹۹)، بیابانگرد (۱۳۷۸)، ابوالقاسمی (۱۳۸۱)، کاظمیان و همکاران (۱۳۸۷)، به پژوه (۱۳۸۸)، نریمانی و همکاران (۱۳۸۸) همسو و هماهنگ بوده است و یافته‌های پژوهشی آنها را تأیید می‌کند. با این وصف، پی گیری آزمون تعقیبی LSD نشان داد که اثر بخشی روش ترکیبی از روش‌های حساسیت زدایی منظم و ایمن سازی در مقابل استرس مایکنبام، در کاهش اضطراب امتحان بیشتر بوده است. در این خصوص، نگاهی اجمالی به نتایج جدول ۳ و ۲ نشان می‌دهد که در مورد اضطراب امتحان و خودکارآمدی روش ترکیبی از روش ایمن سازی روانی و حساسیت زدایی منظم اثر بخشی بیشتری داشته‌اند. همچنین، در خصوص عملکرد تحصیلی نتایج نشان داد که هر سه روش درمانی در افزایش آن مؤثر بوده‌اند؛ با این تفاوت که در افزایش عملکرد تحصیلی روش ترکیبی از دو روش دیگر اثربخشی بیشتری نداشته است. یافته‌های حاصل از این بخش از تحقیق نیز با تحقیقات کندی و دوپکه (۱۹۹۹)، دودوین (۲۰۰۸)، امیری و همکاران (۱۳۸۴) و نریمانی و همکاران (۱۳۸۸) در خصوص اثربخش بودن درمان‌های ترکیبی، همسو و هماهنگ بوده است و یافته‌های آنها را تأیید می‌کند. در مجموع، می‌توان گفت که تکنیک‌ها و استراتژی‌های شناختی و رفتاری برای کاهش اضطراب امتحان و افزایش عملکرد تحصیلی و خودکارآمدی مؤثر هستند، اما با این وصف روش‌های درمانی حساسیت زدایی منظم و ایمن سازی روانی مایکنبام به تنهایی از روش ترکیبی اثر بخشی کمتری دارند. به عبارت دیگر، هر چند که

تفاوت این روش‌ها با گروه کنترل معنادار است، اما روش ترکیبی در مقایسه با هر کدام از گروه‌ها به صورت تفکیکی، در کاهش اضطراب امتحان و خودکارآمدی معنادارتر است. مطابق نتایج به دست آمده و تحقیقات مشابه در این خصوص، باور بر این است که هر یک از سه شیوه درمانی مطرح شده در بالا می‌توانند در کاهش اضطراب امتحان مؤثر باشند. با وجود این، معنادار بودن تفاوت بین نتایج گروه آزمایشی ترکیبی از هر دو روش نسبت به دو گروه دیگر (حساسیت زدایی منظم و ایمن سازی روانی) گویای این است که در درمان مؤثر اضطراب امتحان، علاوه بر اینکه باید درصدد کاهش دادن اضطراب بود و پاسخ‌های جدیدی را جایگزین آن کرد، باید مهارت‌های مقابله‌ای، توانایی درک صحیح موقعیت‌ها و افکار ناخواسته منفی را نیز به افراد آموزش داد. از طرف دیگر، پژوهش‌های گذشته نشان داده اند که روش‌های درمانی مطرح شده در این پژوهش، علاوه بر کاهش اضطراب امتحان، زمینه ارتقای سلامت روانی و در نتیجه، عملکرد تحصیلی دانش آموزان را بهبود می‌بخشند (کاظمیان مقدم، ۱۳۸۷). در رابطه با نتایج به دست آمده در بالا می‌توان گفت حساسیت زدایی منظم با در معرض قرار دادن جنبه‌های فیزیولوژیک و شناختی در پی کاهش اضطراب و تنش ناشی از امتحان است. همراه کردن تن آرامی عضلانی با آموزش تجسم صحنه‌های اضطراب‌زا، هم انگیزتگی غیر ارادی را بازدارد می‌کند و هم پاسخ جدیدی را برای شرطی شدن به محرک‌های اضطراب زای گذشته فراهم می‌سازد. از طرف دیگر، هدف ایمن سازی در مقابل استرس کمک به فرد مبتلا برای کسب واکنش‌های روانی

سازش یافته و شیوه‌های مقابله با اضطراب امتحان است. این درمان از طریق تشکیل پادتن‌های روانشناختی (مهارت‌های مقابله‌ای) مقاومت دانشجویان را بالا برده، آنها را در معرض محرکاتی قرار می‌دهد که قدرت کافی تحمل تنیدگی‌های ناشی از امتحان را داشته باشند، ولی به آن اندازه شدید نیست که آنان را مغلوب کند. در صورت ترکیب این دو روش که یکی بیشتر بر جنبه‌های فیزیولوژیک تاکید دارد و دیگری بر مهارت‌های مقابله‌ای، می‌توان اضطراب امتحان را از طریق کاهش هر دو مؤلفه هیجانی و شناختی به نحو مؤثری کاهش داد. به این دلیل، می‌توان گفت این قبیل پژوهش‌ها که به مقایسه اثر بخشی درمان‌های ترکیبی با درمان‌های غیر ترکیبی می‌پردازد، دریچه‌ای را به منظور بررسی عمیق تر انواع درمان‌های ترکیبی گشوده اند که اثر بخشی عمیق تر و بادوام تری را موجب می‌شوند. از آنجایی که هر پژوهش محدودیت‌هایی دارد، بدون شک پژوهش حاضر با همه تلاش‌هایی که شده، دارای محدودیت‌هایی است، که از جمله آنها انجام عمل آزمایشی بر روی دانشجویان پسر بوده است. بنابراین، پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده استفاده از روش‌های ترکیبی گوناگون بر روی پسران و دختران و همچنین، مقایسه اثر بخشی این روش‌ها در دو جنس مورد توجه قرار گیرد.

منابع

ابوالقاسمی، عباس. (۱۳۸۱). بررسی میزان همه گیرشناسی اضطراب امتحان و اثربخشی دو روش درمانی در کاهش اضطراب امتحان دانش آموزان

شناختی و حساسیت زدایی منظم بر کاهش اضطراب ریاضی دانش آموزان دختر سال سوم راهنمایی شهراهاز»، *مجله مطالعات تربیتی و روانشناسی*، صص ۱۹۱-۲۱۱.

نریمانی، محمد؛ رفیق ایرانی، سودابه و ابوالقاسمی، عباس. (۱۳۸۸). «مقایسه اثر بخشی روش های ایمن سازی روانی مایکنام و مهارتهای مطالعه و ترکیبی از هر دو روش در افزایش خودکارآمدی دانش آموزان دختر»، *مجله اندیشه های نوین تربیتی*، دوره پنجم، ش ۳، صص ۱۱۱-۱۲۴.

Aalayi,z.,& Ahmadi Gatab,T.(2011).The impact of training cognitive- behavioral strategies on reduction of test anxiety in male high school students. *Journal of European Psychiatry*,26,1958.

Bandura, A.(1986). *Social Foundations of thoughts and action: A social cognitive theory*, prentice- Hall,New Jersey.

Benor,D. J., Lidger,K., Toussaint, L., Hett, G., & Zaccaro, D. (2009). Pilot Study Of Emotional Freedom Techniques, Wholistic Hybrid Derived From Eye Movement Desensitization And Reprocessing And Emotional Freedom Technique, And Cognitive Behavioral Therapy For Treatment Of Test Anxiety In University Students.*explore*, 5,338-340.

Benson, J.(1989). Structural components of statistical test anxiety in adults: An explanatory model. *Journal of Experimental Education*,57, 247-261.

Davis, W & Lysaker, L.(2005). Cognitive behavioral therapy and Functional and met cognitive out comes in Schizophrenia: A single Case study. *Cogn Behav pract*, 12 (3): 468-478.

Dodeen, H. (2008). Assessing test- taking strategies of university students: developing a scale and estimating its Psychometric. *Assessment and Evaluation in Higher Education*, 33, 4, 409-419.

Ergene,T. (2003). Effective interventions on test anxiety reduction: A meta-analysis.

دوم دبیرستان شهر اهواز، رساله دکتری روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز. بیابانگرد، اسماعیل.(۱۳۸۷). *اضطراب امتحان: ماهیت، علل، درمان، همراه با آزمون های مربوطه*، تهران: دفتر نشر فرهنگ اسلامی.

به پژوه، احمد و همکاران .(۱۳۸۸). «تأثیر آموزش راهبردهای شناختی- رفتاری بر کاهش اضطراب امتحان دانش آموزان دختر دبیرستانی»، *مجله روانشناسی و علوم تربیتی*، صص ۳-۲۱.

دادستان، پریخ،(۱۳۷۶). «سنجش و درمان اضطراب امتحان»، *مجله روانشناسی*، سال اول، ش ۱، صص ۳۱-۶۰.

-----.(۱۳۷۸). *روان شناسی مرضی تحولی از کودکی تا بزرگسالی*، جلد اول، تهران: انتشارات سمت.

فتحی آشتیانی، علی و امامقلی وند، فاطمه.(۱۳۸۱). «مقایسه روش های شناخت درمانگری و حساسیت زدایی منظم در کاهش اضطراب امتحان»، *مجله پزشکی کوثر*، شماره ۷، صص ۲۴۵-۲۵۱.

کاظمیان مقدم، کبری؛ مهرابی زاده، مهناز و سودانی، منصور.(۱۳۸۷). «بررسی اثر بخشی حساسیت زدایی منظم بر اضطراب امتحان و عملکرد تحصیلی با کنترل ترتیب تولد در دانش آموزان دختر پایه سوم مقطع راهنمایی شهر بهبهان»، *مجله اندیشه های نوین تربیتی*، دوره ۴، ش ۳، صص ۵۵-۷۸.

کریمی باغملک، آیت الله عبادی، غلامحسین.(۱۳۸۵). «بررسی تأثیر دو روش بازسازی

- intervention*. Lanham, USA: Wiscosin University Press of America.
- Schneider, W. L. & Nevid, J. S. (1993). Overcoming math anxiety: A Comparison of stress inoculation training and systematic desensitization. *Journal of College Student Development*, Vol.34 (4), pp. 283-288.
- Sherer, M., Maddux, J. E., Mercandente, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B. M., and Rogers, R.W.(1982).The self-efficacy scale: construction and validation. *psychological reports*, 51, 663-671.
- Sieber, J. E. (1980). *Defining test anxiety: Problemes and approaches*. In I. G. Sarason (Eds.), *Test anxiety: Theory, research and applications* (15-42). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Speilberger, C. D.(1995). *Test anxiety: Theory, assessment and treatment*. Taylord Francis Washington, DC, US, XV.
- Speilberger, C.D. (1980). Preliminary professional manual for the test anxiety inventory, Palo Alo, CA: *Consulting psychologist press*.
- Tryon, G, S. (1980) .The measurement and treatment of test anxiety. *Review of Educational Research*.50, 353-375.
- Sarver, V. (2002). State and trait anxiety revisited. *Anxiety Disorder* . 15, 231-245.
- Vagg, P. R & Papsdorf, J. D. (1995). Cognitive therapy, study skills training, and biofeedback in P. R. Vagg (Eds). *Test anxiety: theory, assessment, and treatment*, Vol. 9, pp.183-194. Washington, DC: Taylor and Francis.
- Wine, J. (1971). *Test anxiety and direction of attention Psychological*. Bulletin, 79, 72-104.
- School Psychology International*, 24, 3,313-328.
- Hembree, R. (1988). Correlate, causes, and effects of test anxiety. *Review of Educational Research*, 58, 47-77.
- Kennedy, D. & Doepke, K. J. (1999). Multicomponent treatment of a test anxious college student. *Education and Treatment of Children*, Vol.22(2).
- Kerjcie, R .V & Morgan, D . W. (1970). Determining sample size for research, Activities. *Educational and Psychological Measurments*, 30.
- Meichenbaum, D. H. & Butler, L. (1980). *Toward conceptual model for treatment of test anxiety: Implications for research and treatment*. In I. G.sarason (Ed), the behavioural management of anxiety, depression and (1-34). New Yourk: Brunner/mazel.
- Melink , J & Russel, R . W. (1976). Hypnosis versus systematic desensitization in the treatment of test anxiety. *Journal of Counseling Psychology*, Vol. 23, Pp. 291-295.
- Passarello, D, J., Hintze, J. M., Owen, S.V & Gable, R. K. (1999). Exploratory factor analysis of Parent ratings of child and adolescent anxiety. *Psychology in the School*, Vol. 36 (2), PP.88-100.
- Sarason & mandler, G. (1952). Some correlates of test anxiety . *Journal of Abnormal and social psychology*,47,810-817.
- Sarason,I.G. (1980). *Introduction to the study of test anxiety*. In I. G Sarason, (Eds.), *Test anxiety: Theory,research,and applications* (pp.3-14). Hillsdale New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Sapp,M. (1999). *Test anxiety : Applied research,assessment and treatment*

تأثیر مداخله مبتنی بر نظریه گاردنر بر خودکارآمدی عمومی دانش آموزان ناشنوای هنرستانی شهر اصفهان

سعید رحیمی پردنجانی^{۱*}، باقر غباری بناب^۲

۱- کارشناس ارشد روان شناسی و آموزش کودکان استثنایی از دانشگاه تهران

۲- دانشیار دانشکده روان شناسی دانشگاه تهران

چکیده

هدف: پژوهش حاضر بر آن است که تأثیر آموزش مبتنی برنظریه هوش‌های چندگانه گاردنر را بر خودکارآمدی عمومی دانش آموزان ناشنوای هنرستانی در مراکز آموزش ویژه شهر اصفهان بررسی کند. روش: به منظور این بررسی، تعداد ۶۰ نفر از دانش آموزان دختر و پسر هنرستان‌های ناشنوای شهر اصفهان به طور تصادفی انتخاب و با گمارش تصادفی به دو گروه ۳۰ نفری (۱۵ نفر پسر و ۱۵ نفر دختر) آزمایشی و گواه تقسیم شدند. گروه نمونه با پرسشنامه خودکارآمدی عمومی شرر (۱۹۸۶) به عنوان پیش آزمون ارزیابی قرار شدند. سپس گروه آزمایشی به مدت ۳ هفته و هر هفته دو جلسه دو ساعته تحت آموزش مبتنی بر نظریه هوش‌های چندگانه گاردنر قرار گرفتند. در ضمن، یک جلسه پی گیری به منظور میزان ماندگاری اثر این روش برای گروه نمونه انجام شد. گروه گواه هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند. پس از پایان دوره آموزش، گروه آزمایشی و گواه در مرحله پس آزمون و پیگیری مجدداً ارزیابی شدند. یافته‌ها: داده‌های پژوهش حاضر به کمک طرح اندازه گیری‌های مکرر و مدل کواریانس بررسی شدند. نتایج: یافته‌ها تفاوت معناداری را بین دو گروه نشان داد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که، آموزش مبتنی بر نظریه گاردنر خودکارآمدی عمومی دانش آموزان ناشنوای هنرستانی را افزایش می‌دهد.

واژه‌های کلیدی: هوش‌های چندگانه، خودکارآمدی عمومی، دانش آموزان با آسیب شنوایی

مقدمه

خودکارآمدی به قضاوت فرد در باره آنچه فرد فکر می‌کند، می‌تواند انجام دهد، نه آنچه انجام داده است، گفته می‌شود (احمدی، ۱۳۸۶). خودکارآمدی یکی از مکانیسم‌های اساسی در نظریه شناختی اجتماعی باندور است. باندورا (۱۹۷۷) خودکارآمدی را توجه به باورها یا قضاوت فرد نسبت به توانایی‌های خودش در انجام وظایف و مسئولیت‌ها می‌داند. این نظریه خودشناسی را اساس تصمیم‌گیری می‌داند و همچنین ویژگی‌های انسان را مورد توجه قرار می‌دهد.

دانش آموزان از نظر میزان خودکارآمدی با هم متفاوتند. ممکن است برخی از آنان در بعضی تکالیف از خودکارآمدی بالا، ولی در انجام برخی دیگر از خودکارآمدی پایینی برخوردار باشند، و در نتیجه، در انجام آن کار موفق نباشند (اسپکتور^۱، ۲۰۰۳؛ نقل از زمانی امیر، ۱۳۸۵). یکی از علل ناکارآمدی افراد، ادراک شخصی هر فرد در باره وضعیت فعلی خود و نارضایتی از عملکرد ضعیف خود در انجام امور است (لاستینگ و استرایسر^۲، ۲۰۰۳؛ نقل از کسای، ۱۳۸۶). همچنین، فقدان خودشناسی در زمینه علایق و توانایی‌ها باعث ایجاد مشکلات زیادی، به خصوص برای افراد معلول می‌شود. به ویژه برای دانش آموزان ناشنوا که دارای مشکلاتی در جنبه‌های گوناگون پزشکی و اجتماعی هستند (خانزاده، ۱۳۸۶).

پس لازم است شرایطی فراهم گردد تا این دانش آموزان با شناخت توانمندی‌های خود بتوانند در انتخاب و تصمیم‌گیری برای آینده به خودکارآمدی بالایی برسند. بنابراین، نقش خودکارآمدی در تصمیم‌گیری برای دانش آموزان با آسیب شنوایی^۳ درخور توجه است (نصر اصفهانی، ۱۳۸۷). انگل (۲۰۰۹) در باره برداشت مفهوم خودکارآمدی در بین دانش آموزان عادی و با آسیب شنوایی مطالعه‌ای انجام داد و مشاهده کرد تفاوت معناداری از نظر نوع درک مفهوم خودکارآمدی در بین افراد دو گروه وجود ندارد. همچنین، جانسن و همکاران^۴ (۱۹۸۹؛ نقل از زمانی امیر، ۱۳۸۵) دریافتند که در بین حوزه‌های رفتاری گوناگون دانش آموزان، خودکارآمدی پیش‌بینی کننده میزان تفاوت‌های فردی و انتخاب آنهاست. همچنین، در اهمیت برنامه‌های مداخله‌ای و افزایش خودکارآمدی، زاده محمدی و عابدی (۱۳۸۶) مطالعه‌ای با عنوان بهبود حرمت خود و خودکارآمدی در نوجوانان انجام دادند. آنان با استفاده از برنامه‌های هنر درمانگری شناختی رفتاری، بر روی ۲۰ نوجوان که به طور تصادفی از مراکز شبانه روزی پسران بی سرپرست انتخاب شده بودند، پس از پایان ۱۲ جلسه مداخله دریافتند که خودکارآمدی و حرمت خود در نوجوانان و توانایی ابراز خود و مثبت اندیشی در نزد آنها افزایش یافت.

یکی از رویکردهای مهم مطرح شده در زمینه توانمندی‌های شناختی انسان، نظریه هوش‌های

3- hearing impairment

4- Johnson et al

1- Spektor

2- Lasting&Strayser -

۵-هوش حرکتی^{۱۰}؛ ۶-هوش میان فردی^{۱۱}؛ ۷-هوش درون فردی^{۱۲}؛ ۸-هوش طبیعت گرا^{۱۳}؛ ۹-هوش وجودی^{۱۴}(معنوی) است.

گاردنر نظریه اش را بازنمایی از کوشش انسان برای معنا بخشی به جهان می داند، که این خود ناشی از انگیزه عمیق در انسان است (نقل از خرازی، ۱۳۸۶). گاردنر با دیدی انسان گرایانه، شناختی و فرهنگی رویکرد خود را مطرح کرد. او هوش را مجموعه ای از مهارت ها و توانایی ها برای حل مسایل یا ساختن محصولاتی که در یک یا چند مجموعه فرهنگی ارزشمند باشد، تعریف کرده، بیان می کند که افراد از نظر سطح توانایی های شناختی با یکدیگر متفاوتند.

از نظر مکنزی(۲۰۰۲؛ نقل از رزمجو، ۲۰۰۸) هوش های چند گانه گاردنر شامل سه حوزه کلی است که شامل:

الف) حوزه تحلیلی^{۱۵}؛ ب) حوزه درون نگرانه^{۱۶}؛ ج) حوزه تعاملی^{۱۷} است.

این حوزه ها سازمان دهنده ای برای فهم ارتباط سیال هوش ها و کارکرد آنها در ارتباط با دیگر افراد است، که شامل نمودار زیر است:

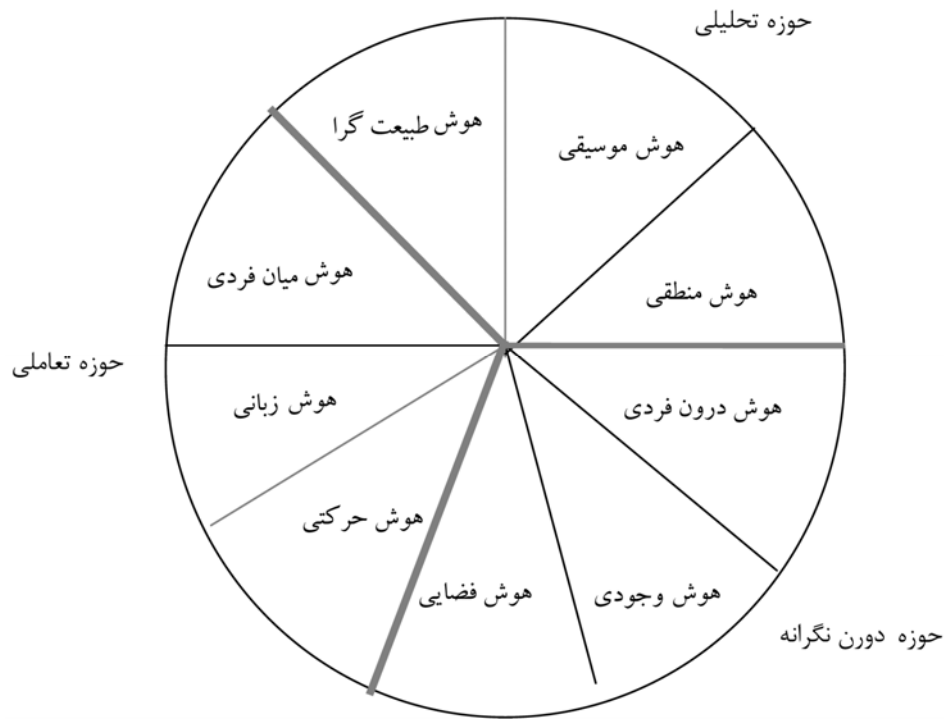
چندگانه هوارد گاردنر(۱۹۸۳) است. نتایج پژوهش چن^۱ (۲۰۰۳) و تیلور^۲ (۲۰۰۷) گویای تأثیر مداخله مبتنی بر نظریه هوش های چندگانه بر خودکارآمدی تصمیم گیری دانش آموزان و معلمان داشت. گاردنر با تأکید بر توانمندی های فردی و اهمیت خودشناسی راه جدیدی را در تصمیم گیری دانش آموزان ایجاد نمود(آرمسترانگ، ۱۹۹۴). این رویکرد با این اعتقاد مطرح شد که استدلال، هوش، منطق و دانش معنای یکسان ندارند (آرمسترانگ^۳، ۱۹۹۴). گاردنر(۱۹۹۹) بیان داشته است که: "به جای نگاه سنجشی که گالتن^۴ (۱۸۸۳) وینه و سیمون^۵ (۱۹۰۵) و دیگران به هوش داشته اند، باید رفتار و توانایی های هوشمندانه را مشاهده و تحلیل کرد"(نقل از شریفی، ۱۳۸۴).

گاردنر(۱۹۹۵) هوش را ناشی از تفاوت افراد در فرآیند یادگیری می داند و معتقد است که هوش را نمی توان به صورت کلی اندازه گیری کرد، بلکه به صورت بخش های مشخص قابل اندازه گیری است. او توانایی های انسان را به هفت و سپس به هشت و در ادامه به نه طبقه تقسیم کرد(شیرر، ۲۰۰۹) که شامل:

۱-هوش کلامی زبانی^۶؛ ۲-هوش منطقی ریاضی^۷ ریاضی^۸؛ ۳-هوش فضایی^۹؛ ۴-هوش موسیقایی^۹؛

10-Physical& Kinesthetic Intelligence
11- interpersonal Intelligence
12- interpersonal intelligence
13- Naturalistic Intelligence
14- Existential Intelligence
1- analytical domain
2- introspective domain
3- interactive domain

1- Chan
2- Taylor-
3- Armstrong
4- Galton
5- Binet& Simon
6- Linguistic & Verbal Intelligence
7- Logical & Mathematical Intelligence
8- Spatial Intelligence
9- Musical Intelligence



شکل ۱- حیطه‌های هوش چندگانه، برگرفته از مدل مکتزی (۲۰۰۲؛ نقل از رزمجو، ۲۰۰۸)

همین رابطه حسن زاده، محسنی، افروز و حجازی (۱۳۸۶) مطالعه‌ای با عنوان تحول شناختی کودکان ناشنوا بر اساس نظریه ذهن^۱ انجام دادند که نتایج حاصل از این پژوهش این بود که؛ در ارایه تکالیف نظریه ذهن برای کودکان ناشنوا، بر ارتباط کمتر کلامی و بویژه زبان اشاره- که خود از پیش نیازهای نظریه سازی ذهنی هستند- تأکید شود. پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر آموزش مبتنی بر نظریه گاردنر بر خودکارآمدی دانش آموزان ناشنوا، هنرستانی، این فرضیه را که: «آموزش مبتنی بر هوش‌های چندگانه گاردنر خودکارآمدی عمومی دانش آموزان ناشنوا، هنرستانی را افزایش می‌دهد».

استفاده از این نظریه برای ارایه یک برنامه جهت افزایش خودکارآمدی دانش آموزان می‌تواند آنان را در تصمیم‌گیری‌هایشان کمک کرده، فرایند استقلال و سازگاری اجتماعی را در آنان افزایش دهد. برای بررسی تاثیر آموزش مبتنی بر نظریه گاردنر بر خودکارآمدی عمومی دانش آموزان ناشنوا، هنرستانی توجه به شیوه ارزیابی این افراد مهم است. یکی از مشکلات روزمره افراد ناشنوا، چگونگی پاسخگویی به پرسشنامه‌هایی است که پژوهشگران از آن در پژوهش‌های خود استفاده می‌کنند. برای رفع این مشکل باید شرایطی فراهم کرد که با تسهیل ارتباط غیرکلامی و کمتر کلامی بتوان بازخورد مناسب را در تکمیل پرسشنامه‌ها به دست آورد. در

1- Theory Of Mind(TOM)

مورد آزمون قرار داد تا هدف این پژوهش عملی گردد.

روش کار

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی و از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه است.

جامعه آماری

در پژوهش حاضر جامعه آماری شامل کلیه دانش آموزان ناشنوای هنرستانی آموزش ویژه شهر اصفهان بود که در سال تحصیلی ۸۹-۸۸ مشغول به تحصیل بودند و بر اساس ویژگی‌های سنی (۲۰-۱۶ سال) و پایه‌های تحصیلی اول تا سوم هنرستان همتاسازی شدند و سپس در دو گروه آزمایشی و گواه قرار گرفتند.

نمونه و روش نمونه گیری

به لحاظ موجود بودن فهرست کلیه افراد جامعه (هنرستان‌های آموزش ویژه ناشنوای شهر اصفهان)، پژوهشگر از نمونه‌برداری تصادفی طبقه‌ای به صورت مرحله‌ای استفاده کرد.

در اینجا فهرست کلیه دانش آموزان از اداره استثنایی اصفهان اخذ و بر اساس روش نمونه‌برداری تصادفی طبقه‌ای در مرحله اول به نسبت جنس و پایه تحصیلی اقدام به تهیه طبقات گردید. در مرحله دوم از هر طبقه به تناسب تعداد افراد نمونه، تعداد مورد نظر به طور تصادفی انتخاب و سپس به طور تصادفی در گروه آزمایشی و گواه تقسیم شدند. از تعداد ۱۷۴ نفر دانش آموزان ناشنوا (۸۸ پسر و ۸۶ دختر ناشنوا)

متوسطه شهر اصفهان، تعداد ۶۰ نفر به طور تصادفی و به تناسب جنس و پایه تحصیلی انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه ۳۰ نفری (۱۵ دختر و ۱۵ پسر) آزمایشی و گواه تقسیم شدند.

ابزار اندازه گیری پژوهش و روایی و اعتبار آن

در این پژوهش برای گردآوری اطلاعات از پرسشنامه‌های ذیل استفاده شده است:

الف) پرسشنامه هوش‌های چندگانه کرسی (۲۰۰۸)

ب) پرسشنامه خودکارآمدی عمومی شرر (۱۹۸۶)

پرسشنامه هوش‌های چندگانه کرسی (۲۰۰۸)

قبل از پرداختن به روایی و اعتبار پرسشنامه‌ها، لازم است که برای گروه ناشنوا این پرسشنامه به صورت مقدماتی اجرا گردد، تا بتوان در اجرای اصلی پژوهش بدون اشکالات موجود مراحل اجرای پژوهش را ادامه داد. هدف از بررسی مقدماتی بر طرف کردن اشکالات احتمالی در میان افرادی است که جامعه آماری پژوهش را تشکیل می‌دهند (سرمد، بازرگان و حجازی، ۱۳۸۵). پژوهشگر، ابتدا پرسشنامه هوش‌های چندگانه کرسی (۲۰۰۸) را ترجمه کرد و در اختیار اساتید گروه قرار داد که پس از ویرایش، روی گروهی از دانش آموزان ناشنوای هنرستانی اجرا گردید.

در اجرای مقدماتی از پاسخ دهندگان خواسته شد تا نظر خود را در باره فهم و درک گویه‌ها و روشن بودن سؤال‌ها ارائه دهند. اگر در کلمه یا سؤالی و نوع پاسخ آن با ابهامی مواجه می‌شدند، آن سؤال ساده تر و تصحیح گردید، تا افراد آن جامعه درک درستی از

آن داشته باشند. پس از اجرای مقدماتی، مجدداً روایی محتوایی پرسشنامه از سوی استادان گروه تایید شد. سپس همبستگی سؤال‌ها بررسی شد و نمونه تکمیل شده برای اجرای مجدد در یک گروه تصادفی به صورت آزمایشی ارزیابی و اعتبار آن بر اساس اصول روان سنجی بررسی شد. پایایی این پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار گرفت و نمره حاصل ۰/۸۹ برآورد شد.

نخستین ویرایش این پرسشنامه در سال‌های ۲۰۰۲-۲۰۰۳ توسط کرزی و همکاران بر روی دانشجویان دانشگاه فنلاند اجرا شد. این پرسشنامه دارای فرم اولیه ۹۰ سؤالی بود که به ۳۵ سؤال کاهش یافت. اعتبار این پرسشنامه بر اساس آلفای کرونباخ در حوزه هوش زبانی ۰/۶۴، هوش منطقی ریاضی ۰/۷۶، هوش موسیقایی ۰/۹۳، هوش فضایی ۰/۷۳، هوش حرکتی ۰/۷۴، هوش میان فردی ۰/۸۲ و هوش درون فردی ۰/۷۰ گزارش شد (کرزی و کومیولینن، ۲۰۰۲). دومین ویرایش تجدید نظر شده این ابزار که شامل هوش معنوی یا وجودی است، از سوی کرزی و کومیولینن (۲۰۰۶) بررسی گردید که اعتبار آن بر اساس آلفای کرونباخ ۷۴-۷۰ صدم گزارش شد. ویرایش سوم این پرسشنامه که شامل هوش محیط گرا می‌شود، توسط کرزی و نوکلینن (۲۰۰۷) بررسی گردید. که ۸۹ صدم محاسبه شد. این پرسشنامه برای گروه سنی ۱۴ تا ۵۱ سال مونث و مذکر استفاده شده است. پرسشنامه دارای نه حوزه هوشی گاردنر و دارای ۳۵ سؤال است که برای هر حوزه هوشی ۴ سؤال در نظر گرفته شده است. فقط

هوش طبیعت گرا شامل سه سؤال است. این پرسشنامه شامل یک روایی و اعتبار مطلوب در مطالعات کرزی و کومیولینن (۲۰۰۲)، نوکلینن و کرزی (۲۰۰۳-۲۰۰۲)، کرزی، نوکلینن و اوبانی (۲۰۰۶)، کرزی و نوکلینن (۲۰۰۷) است. گویه‌های این ابزار در مقیاس لیکرت از کاملاً موافقم نمره ۵ تا کاملاً مخالفم نمره ۱ درجه بندی شده است. نتایج پژوهش کرزی و همکاران (۲۰۰۳) نشان داد که همبستگی درونی هوش منطقی ریاضی با هوش فضایی مثبت و معنادار است. همچنین، همبستگی هوش زبانی با هوش درون فردی و هوش زبانی و درون فردی با هوش طبیعت گرا و معنوی مثبت و معنادار است. همچنین، نتایج نشان داد که مردان در هوش منطقی ریاضی، توانایی بیشتری نسبت به زنان دارند و زنان در هوش زبانی کلامی، توانایی بالاتری نسبت به مردان دارند. بر اساس مطالعات کرامتون و واگنر (۱۹۹۴؛ نقل از کرزی، ۲۰۰۸). اجرای این پرسشنامه به صورت خود گزارش دهی است. شیوه نمره دهی بر اساس مقیاس درجه بندی لیکرت که در بالا گفته شد، برای هر طبقه هوشی حداکثر نمره ۲۰ و حداقل نمره ۴ در نظر گرفته شده است. فقط در هوش طبیعت گرا حداکثر نمره ۱۵ و حداقل ۳ است. پس از اجرای این پرسشنامه برای گروه نمونه می‌توان نیمرخ هر یک از آزمودنی‌ها را ترسیم کرد.

پرسشنامه خودکارآمدی عمومی شرر (۱۹۸۶)

در این پژوهش برای سنجش خودکارآمدی عمومی آزمودنی‌ها از پرسشنامه خودکارآمدی شرر

استفاده گردید. پس از اجرای مقدماتی در مراکز ویژه ناشنوای هنرستانی در شهر تهران و شهرضا، روایی آن توسط استادان گروه پژوهش تأیید شد. همچنین، اعتبار آن برای گروه ناشنوای هنرستانی بررسی و در پژوهش استفاده گردید. این پرسشنامه دارای ۱۷ سؤال است که بر اساس مقیاس لیکرت از کاملاً مخالفم (نمره ۱) تا کاملاً موافقم (نمره ۵) درجه بندی شده است. نمره گذاری از ۱ تا ۵ است؛ به این ترتیب که به گویه‌های ۱، ۳، ۸، ۹، ۱۳، ۱۵ از راست به چپ نمره ۱ تا ۵ تعلق می‌گیرد و بقیه سؤال‌ها به طور معکوس به ترتیب نمره ۵ تا ۱ تعلق می‌گیرد. حداکثر نمره ۸۵ و حداقل ۱۷ است. این پرسشنامه از سوی براتی (۱۳۷۵) ترجمه و اعتبار یابی شده است. ضریب پایایی این آزمون با استفاده از روش دو نیمه کردن گاتمن ۰/۷۶ و از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۹ گزارش شده است. همچنین، همبستگی‌های به دست آمده با دو مقیاس عزت نفس و خود ارزیابی با خودکارآمدی در جهت تأیید اعتبار سازه آزمون بوده است (براتی، ۱۳۷۵؛ نقل از عابدی، ۱۳۸۰). پایایی این پرسشنامه در این پژوهش بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۸۴ محاسبه و گزارش شد.

محتوای برنامه و شیوه اجرا

محتوای این برنامه شامل اهداف آموزش خودکارآمدی براساس نظریه گاردنر است که خود شامل موارد ذیل است: ۱- **خودآگاهی** بر اساس ترسیم نیمرخ هوش‌های چندگانه هر یک از آزمودنی‌ها و بیان هر یک از حوزه‌های هوشی و

کاربرد آن در زندگی آنان و همچنین، بررسی توانایی افراد در هر یک از این حوزه‌ها؛ ۲- **انطباق دادن**: ارتباط هر یک از حوزه‌های هوشی آزمودنی‌ها و باورهای آنان. همچنین، آشنایی آزمودنی‌ها با ویژگی‌های هر حوزه هوشی و شیوه به کارگیری آن در تصمیم‌گیری فرد؛ ۳- **ایجاد انگیزه**: تغییر نگرش و باور ناشی از شناخت حوزه‌های گوناگون هوش در جهت افزایش قدرت تصمیم‌گیری؛ ۴- **ارزش گذاری**: روشن سازی توانایی‌های هوشی در جهت خودباوری و تصمیم‌گیری واقعی. در اینجا آزمودنی‌های گروه آزمایشی از طریق آگاهی و تغییر نگرش نسبت به توانایی هوش چندگانه در جهت افزایش ادراک و خودباوری، تصمیم مناسب را اتخاذ نمودند که بازخورد آن در پایان جلسات نشان داده شد. شیوه اجرای برنامه، پرسشنامه خود سنجی هوش‌های چندگانه (کرزی، ۲۰۰۸) در جلسه اول فقط برای گروه آزمایشی به منظور خودآگاهی از هوش چندگانه خود اجرا شد، و همچنین، اجرای پرسشنامه خودکارآمدی عمومی شرر در جلسه اول به عنوان پیش آزمون و جلسه ششم به عنوان پس آزمون و جلسه پیگیری برای تمام آزمودنی‌ها اجرا گردید. اجرای برنامه به صورت گروهی با استفاده از زبان اشاره و لب خوانی با کمک رابط زبان اشاره و همچنین، روش نمایشی (پاور پوینت پرسشنامه هوش چندگانه) انجام شد که ویدئوی آن در دست است.

- روش‌های تحلیل آماری

تأمین می‌کند. در این روش آزمودنی‌ها بیش از یک بار در معرض اندازه‌گیری یا مشاهده قرار می‌گیرند (دلاور، ۱۳۷۷؛ نقل از غباری بناب، ۱۳۸۲).

نتایج

با استفاده از طرح اندازه‌گیری‌های مکرر و مدل کواریانس داده‌های جمع‌آوری شده تجزیه و تحلیل شد که نتایج آن به صورت توصیفی و استنباطی آمده است.

طرح این پژوهش به لحاظ محدود بودن جامعه مورد پژوهش به صورت نیمه تجربی (نیمه آزمایشی) و از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه است. پس از گردآوری اطلاعات، داده‌ها توسط نرم افزار SPSS تحلیل و پردازش شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آماره‌های توصیفی و برای بررسی فرضیه پژوهش از طرح اندازه‌گیری‌های مکرر و مدل کواریانس استفاده شد. این طرح میزان کنترل پژوهشگر درباره افزایش اعتبار درونی پژوهش را

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمره‌های خودکارآمدی عمومی آزمودنی‌ها به تفکیک مرحله و جنسیت

شاخص آماری دوره زمانی	جنسیت	تعداد	گروه	میانگین	انحراف معیار
پیش آزمون	پسر	۱۵	آزمایشی	۵۶	۱۵/۰۴
			گواه	۵۶/۴	۳/۲۶
	دختر	۱۵	آزمایشی	۵۴/۴	۶/۰۳
			گواه	۵۷/۴	۶/۱۲
پس آزمون	پسر	۱۵	آزمایشی	۶۱/۹	۴/۹۳
			گواه	۵۶/۷	۷
	دختر	۱۵	آزمایشی	۶۳/۴	۶/۸
			گواه	۶۰/۲	۶/۵
مرحله پیگیری	پسر	۱۵	آزمایشی	۶۲/۷	۳/۵
			گواه	۵۷/۱	۴/۶
	دختر	۱۵	آزمایشی	۶۰/۳	۸/۱
			گواه	۵۶/۴	۵/۷

میانگین نمره‌های گروه آزمایشی هم در پس‌آزمون و هم در مرحله پیگیری بیشتر از نمره‌های گروه گواه است. این بدان معناست که امتیاز آزمودنی‌هایی که

همان طور که در جدول ۲- مشاهده می‌شود، نمره‌های گروه آزمایشی و گواه در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با هم متفاوتند. بدین ترتیب که

آموزش مبتنی بر نظریه گاردنر را دیده‌اند، بیشتر است. بنابراین، نتایج میانگین نمره‌های گروه آزمایشی در مرحله پس آزمون و پیگیری افزایش یافته است. بررسی فرضیه پژوهش: آموزش مبتنی بر نظریه هوش‌های چندگانه گاردنر، خودکارآمدی عمومی دانش آموزان ناشنوای هنرستانی را افزایش می‌دهد.

جدول ۳- خلاصه نتایج تحلیل واریانس نمره‌های خودکارآمدی عمومی آزمودنی‌ها

منبع تغییرات	مجموع مجذورات (ss)	درجه آزادی		F	معنی داری	توان آزمون
		df1	df2			
مرحله (A)	۲۹۴/۴	۲	۱۱۲	۳/۴	۰/۰۴	۰/۱۵
گروه (B)	۲۵۹/۲	۱	۵۶	۳/۸	۰/۰۴	۰/۲۳
جنسیت (C)	۲/۲	۱	۵۶	۰/۰۳	۰/۸۵	۰/۷۳
A*B*C تعامل	۱/۹	۲	۱۱۲	۰/۰۲	۰/۹۷	۰/۷۸
A*B	۳۸۷/۱	۲	۱۱۲	۴/۶۹	۰/۰۱	۰/۹۶
A*C	۱۲۹/۴	۲	۱۱۲	۱/۵۷	۰/۲۱	۰/۵۳
B*C	۵۱/۲	۱	۵۶	۰/۷۴	۰/۳۹	۰/۸۸
خطا	۴۶۹۶/۳	۱۱۲	۵۶			
مجموع	۵۸۲۱/۷	۱۲۳				

می‌شود، درحالی که این تغییر در گروه گواه معنادار نیست؛ یعنی آموزش مبتنی بر دیدگاه گاردنر، خودکارآمدی عمومی آزمودنی‌های گروه آزمایش را در مرحله پس آزمون و پیگیری افزایش داده است. به عبارت دیگر، دانش آموزانی که آموزش مبتنی بر دیدگاه گاردنر را دیده بودند، از نظر آماری به طور معناداری رشد خودکارآمدی بالاتری داشتند.

شایان ذکر است به دلیل اینکه تفاوت میانگین‌ها در سه دوره زمانی معنادار بود، از آزمون تعقیبی LSD برای تعیین منبع تفاوت‌ها و تبیین نتایج استفاده می‌کنیم.

جدول ۳- نشان می‌دهد که تفاوت حاصل شده در بین متغیر گروه در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و مرحله پیگیری معنادار است ($p < 0/05$). تعامل جنسیت با مرحله معنادار نشد، ولی تعامل گروه با مرحله معنادار شد؛ یعنی خودکارآمدی عمومی گروه آزمایشی و گواه در سه مرحله (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) متفاوت است. به عبارت دیگر، اثر متقابل مرحله*گروه معنادار است؛ به این معنی که روند تغییر میانگین خودکارآمدی عمومی دانش آموزان در سه مرحله، در دو گروه آزمایشی و گواه متفاوت است و فرضیه پژوهش تأیید

جدول ۴- مقایسه زوجی اختلاف میانگین نمره‌های خودکارآمدی عمومی آزمودنی‌ها در سه مرحله

مرحله		اختلاف میانگین	سطح معنی‌داری
پیش آزمون	پس آزمون	-۴/۵۱۷	۰/۰۰۲
	مرحله پیگیری	-۳/۰۸	۰/۰۱۹

براساس داده‌های جدول ۴- طبق نتایج آزمون LSD، میانگین نمره خودکارآمدی عمومی دانش‌آموزان در دو دوره پیش آزمون و پس آزمون اختلاف معناداری داشت، که این اختلاف به صورت افزایشی است و همچنین با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان گفت برنامه مداخله‌ای مبتنی بر دیدگاه گاردنر، باعث افزایش خودکارآمدی عمومی دانش‌آموزان ناشنوای هنرستانی می‌گردد.

بحث و نتیجه‌گیری

فرضیه پژوهش حاضر بر اساس نتایج حاصل از تحلیل آماری داده‌ها تأیید شد؛ یعنی آموزش مبتنی بر نظریه گاردنر، خودکارآمدی عمومی دانش‌آموزان ناشنوای هنرستانی را افزایش داد. به عبارت دیگر، زمانی که دانش‌آموزان ناشنوا توانمندی‌های هوشی خود را می‌شناسند، میزان خودکارآمدی آنها بالا می‌رود. بر همین اساس، آنها توانستند با آگاهی نسبی از توانمندی‌های خود و باور به آن در تصمیم‌گیری مناسب شرکت کنند. فابیان گلاسیا (۲۰۰۹) توانست با آگاهی دادن به افراد ناتوان در مورد توانمندی‌های خود، در رفع موانع شغلی، خودکارآمدی آنان را افزایش دهد، که نتایج یافته‌های پژوهشگر فوق‌الذکر با یافته‌های این پژوهش همخوانی دارد و

نشان می‌دهد که با دادن آگاهی به دانش‌آموزان ناشنوا می‌توان خودکارآمدی عمومی آنان را افزایش داد. یکی از نکات اساسی که در ارتباط با افراد ناشنوا می‌توان مطرح کرد، این است که توانایی شناختی این افراد با توجه به پژوهش‌های انجام شده، مشابه با کودکان عادی است (فورث و هانس جی، ۱۹۶۴؛ نقل از کشاورزی ارشدی و تجلی، ۱۳۸۴). همچنین ورنون (۲۰۰۵) در پژوهشی نشان داد که تمرین‌های شناختی دوران تحصیل و آموزش آن در افراد ناشنوا باعث ایجاد بینش کافی و تسهیل شرایط شغلی درازمدت برای آنان می‌گردد. پس لزوم توجه به خودکارآمدی به عنوان سازه‌ای که آزمودنی‌ها آن را باور کرده، آنان را برای موفقیت‌های آینده آماده می‌کند، مهم است. در اینجا چون آموزش مبتنی بر دیدگاه گاردنر، خودآگاهی و باور دانش‌آموزان ناشنوا را تغییر داده است، پس آموزش در گروه‌های مختلف دیگر هم می‌تواند خودکارآمدی عمومی آنها را افزایش دهد. در این رابطه می‌توان به نتایج پژوهش‌های چن و همکاران (۲۰۰۳)، تیلور (۲۰۰۷)، بتز و هاکت (۱۹۸۲؛ نقل از سولیوان و ماهالیک، ۲۰۰۰) اشاره کرد. لوز و آنتونی و فلتز، ۱۹۹۶؛ نقل از سولیوان و ماهالیک، ۲۰۰۰) مداخله هشت دقیقه‌ای را به صورت ضبط ویدئویی برای افزایش خود

اشاره کرد. چون این دانش آموزان مشکلات خواندن دارند، پس باید از ابزار هنجاریابی شده ای همراه با روش مصاحبه در پژوهش های بعدی استفاده کرد. به طور خلاصه می توان نتیجه گرفت که نظریه گاردنر، در واقع پارادایم جدیدی است که متولیان تعلیم و تربیت را با افقی تازه از رسالت ها و برنامه های عملی روبه رو ساخته است. این اندیشه برای دانش آموزان با نیاز ویژه، چون ناشنوایان، توانسته است آنها را یاری کرده، زمینه کافی برای باور به توانمندی ها و تغییر نگرش لازم نسبت به توانایی هوشی و ارتباط آن با خودکارآمدی را در این افراد ایجاد کند.

منابع

احمدی، نهال. (۱۳۸۶). تأثیر آموزش مدیریت کسب و کار خانگی بر خود کارآمدی حرفه ای زنان خود سرپرست شهر اصفهان، پایان نامه کارشناسی ارشد (چاپ نشده)، دانشکده روانشناسی دانشگاه اصفهان.

شریفی، حسن پاشا. (۱۳۸۴). «مطالعه مقدمات نظریه هوش های چند گانه گاردنر، در زمینه موضوع های درسی و سازگاری دانش آموزان»، فصل نامه نوآوری های آموزشی، ش ۱۱، صص ۲۴-۱.

حسن زاده، سعید؛ محسنی، نیک چهر؛ افروز، غلام علی و حجازی، الهه. (۱۳۸۶). تحول شناختی کودکان ناشنوا بر اساس نظریه ذهن. تهران:

کارآمدی عمومی دانش آموزان متوسطه ترتیب دادند. تیلور و چن هم با استفاده از نظریه گاردنر، خودکارآمدی دانش آموزان و معلمان را افزایش دادند، که با نتایج این پژوهش همخوانی دارد. این مطالعه علی رغم محدودیت هایش توانست خودکارآمدی عمومی آزمودنی ها را افزایش دهد. این بدان معناست که همزمان با افزایش باور افراد از توانمندی های هوشی خود، خودکارآمدی عمومی آنها نیز در ارتباط با باور و احساس اعتماد به نفسشان افزایش می یابد. در این خصوص نتایج پژوهش زاده محمدی، عابدی و خانجانی (۱۳۸۷) با نتایج این پژوهش از این نظر مطابقت دارد که هر دو این پژوهش با استفاده از آموزش مبتنی بر رویکرد شناختی توانستند خودکارآمدی آزمودنی ها را به طور نسبی افزایش دهند. پس به نظر می رسد تأثیر تمرین های شناختی چون برنامه آموزشی مبتنی بر نظریه گاردنر بتواند علاوه بر افزایش خودکارآمدی در گروه ناشنوا، در سایر گروه ها نیز استفاده شود.

پس می توان گفت که، در پژوهش حاضر با استفاده از برنامه مداخله ای و با توجه به توانایی های هوشی افراد، می توان تغییرهای معناداری در خودکارآمدی عمومی آزمودنی ها ایجاد کرد. در اینجا، با توجه به نقش عوامل برگرفته از نظریه گاردنر در برنامه آموزشی، می توان این باور را در آزمودنی ها ایجاد کرد که: «من به توانایی های خود باور دارم و می توانم به موفقیت های خود در آینده امیدوار بوده، تصمیم مناسب را اتخاذ کنم». از محدودیت این پژوهش می توان به نوع ابزار آن برای گروه ناشنوایان

نصراصفهانی، طیهه. (۱۳۸۷). مقایسه آرزوهای شغلی دانش آموزان عالی با دانش آموزان با اختلالات گفتاری (کم شنوا، لکنت زبان) دوره دبیرستان. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روانشناسی دانشگاه اصفهان.

Armstrong, T. (1994). Multiple intelligences in the classroom. Alexandria; VA: Association for Supervision and Curriculum Development.

Bandura, A. (1997). Self efficacy: The exercise of control. New York: Freeman.

Chan, D.W. (2003). Multiple intelligence and perceived self – efficacy among chines secondary school teachers in Hong Kong. Educational psychology, 23, 5. university of Hong Kong.

Engel, Y. B. (2009). A comparison of motor abilities and perceived self - efficacy between children with hearing Impairments and normal hearing children. Disability and rehabilitation EBSCO. Host, 31, 5, 352-358.

Fabian, E. S., Ethridge, G., & Beveridge, S. (2009). Differnce in perceptions of career barriers and supports for people with disabilities by demographic, background and case status factors. Journal of Rehabilitation, 75, 41-49.

Gardner, H. (1983). frames of mind: the theory of multiple Intelligence, New York: Basic book.

Gardner, H. (1999). Intelligence reframed. New Yor: k Basic Books.

Gardner, H. (1995). Reflection on multiple intelligences. phi Dalta kappan 77 (3), 200-208.

Gardner, H. (2003). A case against spritual intelligence. International Journal for the Psychology of Religion, 10. 27-34.

Kirrsi, T., & Petti, N. (2008). Identificatian of multiple Intelligences with the multiple Intelligence Profiling Questionnaire. Psychology Science Quarterly, 206 -221.

پژوهشگاه مطالعات آموزش و پرورش و پژوهشکده کودکان استثنایی، صص ۴۴-۱۹.

زاده محمدی، علی و عابدی، علی رضا. (۱۳۸۶). «بهبود حرمت خود و خودکارآمدی در نوجوانان»، فصلنامه روان شناسان ایرانی. (۱۵)۴، صص ۲۴۵-۲۵۲.

زمانی امیر، فاطمه. (۱۳۸۵). تأثیر مشاوره شغلی به سبک نظریه یادگیری اجتماعی کرومبولتز بر رفتار تجارب خانگی در زنان شهر اصفهان، پایان نامه کارشناسی ارشد (چاپ نشده)، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی دانشگاه اصفهان.

زاده محمدی، علی و عابدی، علی رضا. (۱۳۸۶). «بهبود حرمت خود و خودکارآمدی در نوجوانان»، فصلنامه روان شناسان ایرانی. (۱۵)۴، صص ۲۴۵-۲۵۲.

غباری بناب، باقر و نبوی، محمد. (۱۳۸۲). «تأثیر ورزش صبحگاهی در کاهش تمایلات پرخاشگری کودکان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر»، مجله روانشناسی و علوم تربیتی، ش ۱، ۱۳۹-۱۵۴.

کسای، عبدالرحیم. (۱۳۸۴). «بررسی تأثیر مشاوره شغلی به شیوه پردازش اطلاعات شناختی بر کاهش افکار ناکارآمد حرفه ای دانشجویان دانشگاه اصفهان»، مجله تازه ها و پژوهش های مشاوره، ش ۵، (۱۷)، صص ۲۷-۳۹.

کشاورزی ارشدی، فرنراز و تجلی، پریسا. (۱۳۸۴). روان شناسی و آموزش ناشنوایی. تهران: انتشارات شرح.

- Shearer, B., Darrell, D, A. (2009). Exploring the application of multiple intelligences theory to career counseling. *Journal of Employment counseling*, 23-38.
- Steven L.A. (2001). sources of social self efficacy expectations: their measurement and relation to career development. *Journal of vocation behavior*, 58, 98-117.
- Taylor, Reginald. (2007). The effects of a multiple intelligence self-assessment intervention on adolescent's career decision self efficacy. *Dissertation Abstracts international section A: Humanities and social science*. G8 (3-A).
- Vernon, M. (2005). Fifty years of research on the intelligence of deaf and hard of hearing children: A review of literature and discussion of implications. *Journal of deaf students and deaf education*.
- Razmjoo, A, S. (2008). On the Relationship Between multiple intelligence and language proficiency. Iran: Shiraz university.
- Sullivan. R., & Mahalik. R. (2000). Increasing career self-efficacy for women: Evaluating a group intervention. *Journal of Counseling and Development*, 79, 55-60.

بررسی شاخص‌های روانسنجی آزمون تشخیصی اوتیسم (GARS) (مرکز آموزش و توانبخشی کودکان اوتیسم اصفهان)

سید جعفر احمدی^{۱*}، طیبه صفری^۲، منصوره همتیان^۳، زهرا خلیلی^۴

۱- دانشجوی روانشناسی دوره دکتری، دانشگاه اصفهان

۲- کارشناس ارشد کودکان بانیاذهای خاص و سر مربی مرکز آموزش و توانبخشی کودکان اوتیسم اصفهان.

۳- کارشناس ارشد کودکان بانیاذهای خاص و سر مربی مرکز آموزش و توانبخشی کودکان اوتیسم اصفهان

۴- کارشناس کودکان بانیاذهای خاص و سر مربی مرکز آموزش و توانبخشی کودکان اوتیسم اصفهان

چکیده

این پژوهش با هدف اعتباریابی مقیاس تشخیصی اوتیسم گیلیام با نام اختصاری GARS بر روی کودکان و نوجوانان اوتیسم اصفهان انجام شده است. جامعه آماری مورد مطالعه شامل کلیه کودکان و نوجوانان اوتیسم استان اصفهان است که از این تعداد ۱۰۰ نفر به عنوان نمونه با روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. در پژوهش حاضر از روش توصیفی-تحلیلی استفاده شده است. گردآوری داده‌ها با استفاده از مقیاس گارز و کارز انجام شده است. روایی صوری و محتوایی مقیاس از سوی متخصصان و کارشناسان مرکز اوتیسم اصفهان تایید شد. برای برآورد روایی سازه از پرسشنامه کارز به طور همزمان استفاده شد که ضرایب همبستگی این دو پرسشنامه ۰.۸۰ به دست آمد. روایی تشخیصی آن با مقایسه با ۱۰۰ کودک و نوجوان سالم از طریق آزمون تحلیل تمایز مشخص شد. نقطه برش آزمون «۵۲» و حساسیت و ویژگی مقیاس به ترتیب «۹۹٪» و «۱۰۰٪» به دست آمد. پایایی این مقیاس نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰.۸۹ برآورد شد. یافته‌ها نشان داد که مقیاس تشخیصی اوتیسم گیلیام (گارز) ابزاری پایا برای تشخیص و غربال اوتیسم است. همچنین نتایج به دست آمده از این پژوهش با تحقیقات پیشین هماهنگ است و با توجه به روایی و پایایی مناسب این مقیاس، آن را می‌توان در محیط‌های پژوهشی و بالینی به کار

برد. همچنین نتایج نشان داد که همبستگی معنی داری بین سن و نمره کلی اوتیسم وجود ندارد و تنها رفتار کلیشه‌ای با سن رابطه معنی داری دارد. همچنین نتایج نشان داد که آزمون گارز حساس به جنس نیست.

واژه‌های کلیدی: روایی، پایایی، حساسیت، ویژگی، مقیاس تشخیصی اوتیسم گارز

مقدمه

اوتیسم^۱ نوعی از اختلالات نافذ رشدی^۲ است که با آسیب شدید در تعامل اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی و نیز وجود رفتارها، علایق و فعالیت‌های کلیشه‌ای مشخص می‌شود (APA^۳ ۲۰۰۰). این کودکان در پردازش اطلاعات حسی اختلال داشته، لذا پاسخ‌های غیر طبیعی به محرکات حسی (مثل پاسخ‌های اجتنابی و واکنش‌های بیش از حد به آنها) نشان می‌دهند (کیتز^۴، ۱۹۹۷ و جاسم^۵، ۲۰۰۹). اختلال و مشکلاتی در زمینه عواطف (راپین^۶، ۱۹۹۱)، مهارت‌های حرکتی؛ به خصوص حرکات ظریف دست‌ها، فعالیت‌های روزمره زندگی و بازی (راستال^۷، ۱۹۹۴ و واتلینگ^۸، ۲۰۰۱)، یادگیری زبان و گفتار طبیعی (آن^۹، ۲۰۰۶ و کوربت^{۱۰}، ۲۰۰۶) و مشکلاتی در زمینه تقلید از دیگران در این کودکان دیده می‌شود (سولور^{۱۱}، ۲۰۱۰). می‌توان گفت که

این کودکان دارای طیف وسیعی از اختلالات روان

شناختی و پزشکی هستند (کلین^{۱۲}، ۲۰۰۶).

اوتیسم نوعی بیماری عصبی رشدی در کودکان است که عموماً به عنوان اختلال رشد عصبی مغزی شناخته می‌شود، اما درباره منشأ دقیق آن اطلاعات کمی در دسترس است (جاروینن^{۱۳}، ۲۰۰۷). در مورد نقایص ساختاری، مغز این افراد، توافق عمومی وجود ندارد و هیچ علامت زیستی برای تشخیص بالینی قطعی آن ذکر نشده است. بنابراین تشخیص اوتیسم عموماً بر مبنای مشاهده علائم بالینی فوق‌الذکر صورت می‌گیرد (وان^{۱۴}، ۲۰۰۷). هم‌اکنون ملاک تشخیص اوتیسم، با توجه به مشکلاتی که در سه بخش ارتباط اجتماعی، گفتگو و رفتارهای کلیشه‌ای و تکراری مبتلایان وجود دارد، معرفی می‌شود (باکر^{۱۵}، ۲۰۰۰).

طیف اوتیسم از پنج اختلال مجزا تشکیل شده است که در این میان اوتیسم، اختلال نافذ رشد که به گونه دیگری مشخص نشده است (PDD-NOS) و سندرم آسپرگر^{۱۶} که بیشتر فراگیر است، در آن شایعتر است و تحقیقات زیادی در این زمینه انجام

-
- 1- Autism
 - 2- Pervasive Developmental Disorder (PDD)
 - 3- American Psychology Association
 - 4- Kientz
 - 5- Jasmh
 - 6- Rapin
 - 7- Restall
 - 8- Watling
 - 9- Anne
 - 10- Corbette
 - 11- Sevlever

-
- 12- Kelin
 - 13- Jarvinen
 - 14- Kwon
 - 15- Baker
 - 16 - Asperger Syndrome

معمولاً ابزارهایی برای ارزیابی و تشخیص اوتیسم هستند که در آنها توجه کمتری به آسپرگر شده است (کامپ بل^{۱۹}، ۲۰۰۵، ماتسون و بویجوی^{۲۰}، ۲۰۰۸، ماتسون، نبل اسوالم^{۲۱} و ماتسون، ۲۰۰۷).

هرساله بر آمار کودکان مبتلا به اوتیسم افزوده می‌شود تا جایی که موسسه ملی بهداشت روان آمریکا میزان شیوع این اختلال را در سال ۲۰۱۰، ۱ مورد در هر ۹۹ نفر تخمین زده است. سازمان جهانی بهداشت و انجمن روانشناسان آمریکا، اوتیسم را در زیر گروه اختلالات فراگیر رشدی (PDD) که نتیجه اختلال سیستم عصبی مرکزی است طبقه بندی کرده اند. طبق تعریف این گروه، کودکان مبتلا به اوتیسم در تعامل اجتماعی، ارتباط کلامی و غیر کلامی، علایق، فعالیت‌ها و تخیل دچار نقصان هستند و همچنین عوامل، علائم، سبب شناسی و درمان این اختلال هنوز مورد بحث و سوال است (جاروین، ۲۰۰۷). از آنجایی که اوتیسم به صورت طیف تعریف می‌شود، مشکلات حسی و حرکتی، رفتارهای کلیشه‌ای و وسواسی، مشکلات زبانی، مشکلات اجتماعی و طیف وسیعی از اختلالات روانپزشکی و پزشکی همراه در این کودکان مشاهده می‌شود. به نظر می‌رسد که اوتیسم یک اختلال ژنتیکی باشد که تعامل چندین ژن در ایجاد آن نقش دارد (کلین^{۲۲}، ۲۰۰۶). وجود این مشکلات در فرد مبتلا به اوتیسم و تاثیر منفی آن بر تعاملات اجتماعی وی با دنیای

شده است (ماتسون^۱، ۲۰۰۷، ماتسون و ویلکینز^۲، ۲۰۰۸). این اختلالات رشدی و عصب شناختی اند که در آغاز کودکی مشخص می‌شوند و ارتباطات و تعاملات اجتماعی محدود و یا رفتارهای تکراری دارند (لام^۳، امان و آرنولد^۴، ۲۰۰۶، وینگ^۵، ۱۹۹۷). از این جهت، تشخیص در سنین اولیه زندگی اهمیت دارد و مداخلات تاثیر بیشتری خواهند داشت (فاکس، کالر، گرد و بارتوز^۶، ۲۰۰۷، اینگرسول و گرگانز^۷، ۲۰۰۷).

به هر حال، علائم اصلی باقی مانده از ASD در کودکان زیادی که حتی مداخلات درمانی زیادی نیز داشته اند، وجود دارند (آکاردینو^۸، کامر و هلر^۹، ۲۰۰۷، الیس آلای روسالی^{۱۰}، گلن^{۱۱}، روسالی – رویز^{۱۲} و گرین اسپون^{۱۳}، ۲۰۰۶، گلد اسمیت^{۱۴}، لبلانس و ساتر^{۱۵}، ۲۰۰۷، ناشو^{۱۶}، یوکایاما و یا ماموتو^{۱۷}، ۲۰۰۷، اسکولسر و همکاران^{۱۸}، ۲۰۰۷). بنابراین، باید ارزیابی را در سرتاسر دوران کودکی و بزرگسالی ادامه دهیم. ابزارهای ارزیابی اوتیسم

- 1- Matson
- 2 - Wilkins
- 3- Lam
- 4- Aman& Arnold
- 5- Wing
- 6- Fox, Keller, Grede & Bartosz
- 7- Ingersoll, & Gergans
- 8- Accordini
- 9- Comer & Heller
- 10- Ellis, Ala' i-Rosales
- 11- Glenn
- 12- Rosales-Ruiz
- 13- Greenspoon
- 14- Goldsmith
- 15- LeBlanc & Sautter
- 16- Naoi
- 17- Yokoyama & Yamamoto
- 18- Schlosser & Others

- 19- Campbell
- 20- Matson & Boisjoli
- 21- Nebel-Schwalm
- 22- Klin

آزمون به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۴ به دست آمده است.

چک لیست اوتیسم دوران طفولیت (CHAT^۶) توسط بارون-کوهن^۷ و همکاران (۲۰۰۰) برای کودکان ۱۸-۳۶ ماه مطالعه و بررسی شده است. این آزمون شامل دوبخش است که بخش اول آن توسط والدین و بخش دوم توسط متخصص تکمیل می‌گردد.

چک لیست اصلاح شده اوتیسم دوران طفولیت (M-CHAT)^۸ توسط اینادا^۹ و همکاران (۲۰۱۰) در ژاپن بررسی شده است. نتایج مطالعه آنها نشان دهنده مناسب بودن شاخص‌های روان سنجی این آزمون است. پایایی این آزمون به روش باز آزمایی ۰.۹۹ به دست آمده و ضریب همبستگی آن با آزمون CHAT، ۰.۵۸ محاسبه شده است.

در سال‌های اخیر در ایران گام‌هایی برای تشخیص و درمان کودکان اوتیسم برداشته شده است. با وجود این مراکز درمانی و تشخیصی هنوز به آزمون معتبر و استاندارد با جامعه ایران دست پیدا نکرده‌اند. بر این اساس، در این مطالعه سعی شده است که آزمون GARS در جامعه ایران ارزیابی و شاخص‌های روان سنجی آن بررسی گردد. از اهداف فرعی این مطالعه تعیین ارتباط سن و جنسیت با علایم اوتیسم است.

پیرامون، باعث شده است تا محققان توجه زیادی را به این اختلال معطوف دارند. مجموع این عوامل، کار در زمینه تشخیص و مداخله درمانی آن را پر اهمیت می‌سازد.

توجه محققان نسبت به درمان موجب شده است که آنها به دنبال ابزارهای دقیقی برای تشخیص این اختلال باشند. در این راه ابزارهای تشخیصی متعددی تهیه شده است که از مهمترین آنها می‌توان به آزمون گارز^۱ (GARS) اشاره کرد. این آزمون به عنوان یک آزمون معتبر توسط گیلیام^۲ در سال ۱۹۹۴ تهیه شده است. پایایی^۳ گارز در دامنه قابل پذیرش پذیرفته شده است. مطالعات انجام شده نمایانگر ضریب آلفای ۰.۹۰ برای رفتارهای کلیشه ای، ۰.۸۹ برای ارتباط، ۰.۹۳ برای تعامل اجتماعی، ۰.۸۸ برای اختلالات رشدی و ۰.۹۶ در نشانه شناسی اوتیسم است.

اسچوپلر^۴ و همکاران (۱۹۸۸) با هدف ارزیابی کودکان بالای ۲ سال مشکوک به اوتیسم آزمون ارزیابی اوتیسم (CARS)^۵ را تهیه کرده اند. یکی از ویژگی‌های عمده و اساسی این آزمون، این است که هر کودک را در مقایسه با همسالان او ارزیابی و نیمرخ مرتبط با هر کودک را ارایه می‌کند. این آزمون از ۱۵ مورد تشکیل شده است و هر مورد از سطح عادی تا شدید نمره گذاری می‌شود. پایایی این

6- Checklist for Autism in Toddlers

7- Baron- Cohen

8- Modified Checklist for autism in toddlers

9- Inada

1- Gilliam Autism Rating Scale(GARS)

2- Gilliam

3- Reliability

4- Schopler

5- Childhood Autism Rating Scale

روش پژوهش

پژوهش حاضر از پژوهش‌های توصیفی از نوع آزمون سازی محسوب می‌شود. جامعه آماری پژوهش کلیه کودکان و نوجوانان اوتیسم استان اصفهان که به منظور درمان به مرکز اوتیسم اصفهان مراجعه کرده‌اند، محسوب می‌شوند. حجم نمونه این پژوهش شامل ۱۰۰ نفر از مراجعانی بوده‌اند که برای درمان به مرکز اوتیسم اصفهان مراجعه کرده‌اند. این تعداد از میان کلیه مراجعه کنندگان به این مرکز که بیش از ۵۰۰ نفر هستند، به صورت تصادفی انتخاب شده‌اند. درضمن، برای روایی تشخیصی مقیاس گارز ۱۰۰ کودک و نوجوان بدون اختلال اوتیسم، نیز در این مطالعه شرکت کرده‌اند.

ابزارهای پژوهش:

الف) آزمون گارز: آزمون گارز چک لیستی است که به تشخیص افراد اوتیستیک کمک می‌کند. این آزمون در سال ۱۹۹۴ بهنجار شده و معرفی موضوع‌هایی از اوتیسم بر روی گروه نمونه ۱۰۹۴ نفری از ۴۶ ایالت از کلمبیا، پروتوریکا و کاناداست. آزمون گارز بر اساس تعاریف انجمن اوتیسم آمریکا^۱ (ASA، ۱۹۹۴) و انجمن روان پزشکی آمریکا (APA) و با اتکا بر DSM-IV تهیه شده است. آزمون گارز برای اشخاص ۳ تا ۲۲ ساله مناسب است و می‌تواند به وسیله والدین و متخصصان در مدرسه یا خانه کامل شود.

گارز شامل چهار خرده مقیاس و هر خرده مقیاس شامل ۱۴ آیتم (مورد) است. نخستین خرده مقیاس، رفتارهای کلیشه ای^۲ است که شامل ۱ تا ۱۴ مورد است. این خرده آزمون موارد رفتارهای کلیشه ای، اختلالات حرکتی و رفتارهای عجیب و غریب را توصیف می‌کند. خرده مقیاس دوم که برقراری ارتباطات^۳ است، موارد ۱۵ تا ۲۸ را شامل می‌شود. این آیتم‌ها رفتارهای کلامی و غیر کلامی را توصیف می‌کند که نشانه‌هایی از اوتیسم است. تعاملات اجتماعی^۴ سومین خرده مقیاس است که شامل آیتم‌های ۲۹ تا ۴۲ است. موارد این خرده مقیاس موضوع‌هایی را ارزیابی می‌کند که قادر است به طور مناسب رویدادها را برای مردم شرح دهد. چهارمین خرده آزمون اختلالات رشدی^۵ است که شامل آیتم‌های ۴۳ تا ۵۶ می‌شود. این خرده مقیاس سؤال‌های کلیدی را درباره سیر رشدی کودکی افراد می‌پرسد.

پایایی^۶ گارز در دامنه قابل پذیرش پذیرفته شده است. مطالعات انجام شده نمایانگر ضریب آلفای ۰.۹۰ برای رفتارهای کلیشه ای، ۰.۸۹ برای ارتباط، ۰.۹۳ برای تعامل اجتماعی، ۰.۸۸ برای اختلالات رشدی و ۰.۹۶ در نشانه شناسی اوتیسم است. گارز تنها آزمونی است که نه تنها پایایی روش آزمون - باز آزمون^۷ را گزارش کرده است، بلکه مهمتر، پایایی بین

2- Stereotyped behaviors
3- Communication
4- Social Interaction
5- Developmental
6- Reliability
7- Test- Retest

1 -Autism Society of America

داشت که از نمره ۳۰ بالاتر تشخیص اوتیسم داده می‌شود. نمره ۳۰ تا ۳۶ درجه اوتیسم ضعیف تا متوسط و ۳۶ تا ۶۰ نمره، میزان اوتیسم شدید خواهد بود.

پایایی این آزمون به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۴ به دست آمده است. ضریب همبستگی به روش باز آزمایی در فاصله یک سال، ۰/۸۸ برآورد شده است. همچنین، پایایی درون ارزیاب‌ها ۰/۷۱ محاسبه شده است. این نتایج نشان می‌دهد که کارز در هر زمانی ثابت است. علاوه بر این، کارز می‌تواند به عنوان یک ابزار غربالگری تشخیصی استفاده شود.

این آزمون در یک مطالعه مقدماتی توسط محققان این مطالعه در میان ۳۰ کودک اوتیستیک در اصفهان ارزیابی شد. در این مطالعه، پس از ترجمه نسخه اصلی، روایی محتوایی و صوری از طرف کارشناسان مربوطه تأیید شد. پایایی مقیاس به روش آلفای کرونباخ سنجیده شد و ضریب پایایی آزمون کارز ۰/۹۱ به دست آمد.

ابزار تجزیه و تحلیل داده‌ها: به منظور تعیین شاخص‌های روان سنجی آزمون گارز مانند روایی و پایایی از روش‌های آماری آلفای کرونباخ و ضریب همبستگی بین آزمون گارز و کارز و تحلیل تمایز استفاده گردید. از آزمون تی مستقل نیز برای بررسی تفاوت‌های میانگین گروه‌های جنسیتی بهره گرفته شد. برای دست‌یابی به این اهداف از نرم افزار آماری SPSS-19 استفاده شد.

بین نمره گذاران را نیز دارد. روایی^۱ آزمون نیز از طریق مقایسه با سایر ابزارهای تشخیصی اوتیسم تأیید شده است. روایی گارز از طریق چند بررسی نشان داده شده است و این بررسی‌ها تأیید می‌کند:

(الف) سؤال‌های خرده مقیاس‌ها معرف ویژگی‌های اوتیستیک است.

(ب) نمره‌ها به طور قوی با یکدیگر و نیز عملکرد در آزمون‌های دیگر که در غربالگری اوتیسم است، رابطه دارد و گارز می‌تواند اشخاص مبتلا به اوتیسم را از افراد مبتلا به اختلالات شدید رفتاری دیگر متمایز کند.

(ج) نمره‌ها با سن رابطه ندارد.

(د) اشخاص با شخصیت‌های مختلف نمره‌های متفاوتی در گارز نشان می‌دهند.

(ب) آزمون کارز: این آزمون تشخیصی و غربالگری اوتیسم در سال ۱۹۸۸ توسط اسچوپلر تهیه شده و دارای ۱۵ آیتم است: ۱. ارتباط با مردم؛ ۲. تقلید؛ ۳. پاسخ هیجانی؛ ۴. حرکات کلیشه‌ای؛ ۵. استفاده از اشیاء؛ ۶. مقاومت در برابر تغییر؛ ۷. تماس چشمی مناسب؛ ۸. پاسخ شنیداری؛ ۹. پاسخ بویایی، چشایی و لامسه؛ ۱۰. ترس یا نگرانی؛ ۱۱. ارتباط کلامی؛ ۱۲. ارتباط غیر کلامی؛ ۱۳. سطح فعالیت؛ ۱۴. سطح هوشی؛ ۱۵. برداشت کلی.

هرآیتم شامل گزینه‌های: «مشکلی وجود ندارد، کمی نابهنجار است، متوسط و شدید» است که به ترتیب برای آنها ۱، ۲، ۳ و ۴ نمره در نظر گرفته می‌شود. در کل آزمون بین ۱۵ تا ۶۰ نمره خواهد

روش جمع‌آوری داده‌ها

آزمودنی‌ها در آغاز ورود به مرکز اوتیسم اصفهان، توسط کارشناس ارشد مرکز مورد سنجش و ارزیابی با آزمون گارز و کارز قرار گرفتند. کارشناس ارشد مرکز با سؤال‌هایی که از والدین آزمودنی‌ها می‌پرسید، به تکمیل پرسش‌نامه‌ها پرداخت. داده‌ها پس از جمع‌آوری وارد نرم افزار آماری SPSS گردید.

یافته‌های پژوهش

یافته‌ها نشان داد که شرکت کنندگان در این پژوهش ۱۰۰ نفر (۸۱ پسر و ۱۹ دختر) ۳ تا ۱۸ سال با میانگین سنی ۸/۲۸ سال (انحراف معیار ۳/۵) بودند. میانگین نمره‌ها برای چهار زیر مقیاس و نمره کل آزمون گارز در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار میزان علائم اوتیسم و مؤلفه‌های آن در آزمون گارز

مؤلفه‌ها	تعداد گویه	کمترین	بیشترین	دامنه تغییرات	میانگین (انحراف معیار)
رفتار کلیشه‌ای	۱۴	۸	۳۸	۳۰	(۶/۱۵)۲۱/۳۶
برقراری ارتباط	۱۴	۷	۴۲	۳۵	(۵/۷۴)۳۸/۹۲
تعاملات اجتماعی	۱۴	۱۱	۴۰	۲۹	(۵/۴۷)۳۱/۲۵
مسائل رشدی	۱۴	۳	۳۴	۳۱	(۳/۱۷)۸/۵۶
نمره کل مقیاس گارز	۵۶	۳۲	۱۴۹	۱۱۷	(۱۶/۳۵)۱۰۰/۰۹

همان‌گونه که جدول ۱ نشان می‌دهد، میانگین و انحراف معیار نمره کل اوتیسم کودکان اصفهان به ترتیب ۱۰۰/۰۹ و ۱۶/۳۵ است. همچنین، مؤلفه برقراری ارتباط و مسائل رشدی به ترتیب دارای بیشترین و کمترین میانگین هستند.

بررسی روایی صوری و محتوایی مقیاس: در ابتدا، پژوهشگران مقیاس را از زبان انگلیسی به فارسی برگردانده، سعی نمودند که از نظر معنا و واژه‌گزینی رعایت امانتداری شده باشد. سپس، این

مقیاس در اختیار ۱۰ نفر از والدین کودکان اوتیسم قرارگرفت و از آنها خواسته شد که درباره گویایی و قابل فهم بودن سؤال‌ها نظر بدهند. پس از اعمال نظرهای آنها، روایی این مقیاس از سوی تعدادی از متخصصان روانشناسی تأیید شد.

بررسی روایی سازه: برای سنجش روایی سازه از مقیاس کارز که توسط اسچوپلر و همکاران (۱۹۸۸) طراحی و اعتبار یابی شده بود، استفاده شد. ضریب

همبستگی بین این دو آزمون و مؤلفه‌های گارز با کارز در جدول ۲ آورده شده است.

جدول ۲. میزان همبستگی بین مؤلفه‌های آزمون گارز و نمره کل کارز

مقیاس کارز		مؤلفه‌های گارز
ضریب همبستگی (r)	سطح معنی داری	
۰/۸۴	۰/۰۰۰۱	رفتار کلیشه ای
۰/۶۳	۰/۰۰۰۱	برقراری ارتباط
۰/۴۸	۰/۰۰۰۱	تعاملات اجتماعی
۰/۵۴	۰/۰۰۰۱	مسایل رشدی
۰/۸۰	۰/۰۰۰۱	نمره کل گارز

همان گونه که جدول ۲ نشان می‌دهد، بین تمام مؤلفه‌های آزمون گارز و نمره کل پرسشنامه کارز همبستگی بالایی وجود دارد. بیشترین همبستگی بین مؤلفه‌های "رفتار کلیشه ای" و "آزمون کارز" و کمترین همبستگی بین مؤلفه‌های "تعاملات اجتماعی" و "آزمون کارز" مشاهده می‌شود. ضریب همبستگی بین آزمون گارز و کارز ۰/۸۰ به دست آمد که در سطح آلفای ۰/۰۱ معنی دار است. به طور کلی، می‌توان گفت این ضرایب نشان دهنده روایی سازه مناسب مقیاس کارز است.

بررسی روایی تشخیصی گارز: شاخص رایج برای تعیین میزان روایی تشخیصی حساسیت^۱ و ویژگی^۲ آزمون است. منظور از حساسیت، این است که آزمون چند درصد گروه بیمار را بیمار تشخیص می‌دهد و منظور از ویژگی آزمون، این است که چند درصد از افراد گروه سالم نمره پایین تر از نقطه برش^۳ کسب کرده اند (مولوی، ۱۳۸۶).

دقیقترین روش برای تعیین نقطه برش و حساسیت و ویژگی یک آزمون، استفاده از تحلیل تمایز^۴ است. بدین منظور، آزمون گارز در بین ۱۰۰ نفر همسان با گروه سنی اوتیستیک اجرا شد و داده‌های به دست آمده همراه با داده‌های گروه اوتیسم توسط آزمون تحلیل تمایز بررسی و تحلیل گردید. در آزمون تحلیل تمایز به منظور تعیین ضرایب معادله از روش ورود استفاده شد. نتایج تحلیل نشان دهنده آن است که ضرایب توابع تشخیصی کانونی در توابع Z و نمره گارز به ترتیب «۰/۰۸۱» و «۴/۲۳۰-» به دست آمد. براین اساس، معادله رگرسیون به این صورت خواهد بود: $Z = ۰/۰۸۱ \times \text{نمره گارز} - ۴/۲۳$ اکنون اگر به جای Z نمره صفر قرار دهیم و معادله را حل کنیم، نمره گارز عدد ۵۲/۲۲ را نشان می‌دهد که این عدد در حقیقت نقطه برش آزمون گارز در جامعه اصفهان خواهد بود. حساسیت و ویژگی این آزمون با توجه به این نقطه برش را

1 - sensitivity
2- specificity
3- cut off point

4- discriminant analysis

می‌توان از نتایج طبقه‌بندی در جدول ۳ در نظر گرفت.

جدول ۳. نتایج طبقه‌بندی و میزان صحت پیش‌بینی تمایز

کل	احتمال عضویت گروهی		گروه‌ها
	اوتیستیک	عادی	
۱۰۰	۹۹	۱	عادی
۱۰۰	۰	۱۰۰	اوتیستیک
۱۰۰٪	۹۹٪	۱٪	عادی
۱۰۰٪	۰٪	۱۰۰٪	اوتیستیک

یعنی ویژگی آزمون گارز در جامعه اصفهان با توجه به این نقطه برش «۱۰۰٪» است.

بررسی پایایی: پایایی آزمون گارز از طریق ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد. نتایج آن و همچنین پایایی تک تک مولفه‌های آزمون گارز در جدول ۴ آورده شده است.

بر اساس جدول ۳ احتمال عضویت گروهی یک فرد اوتیسم در گروه اوتیستیک با توجه به نقطه برش، «۹۹٪» است. به عبارتی، حساسیت آزمون «۹۹٪» است و ۹۹.۵٪ مدل، این تفکیک را درست انجام داده است. طبق جدول احتمال عضویت گروهی یک فرد سالم در پایین‌تر از نقطه برش «۱۰۰٪» است؛

جدول ۴. ضریب آلفای کرونباخ مولفه‌های مقیاس گارز و نمره کل

مؤلفه‌ها گارز	تعداد گویه	ضریب آلفای کرونباخ
رفتار کلیشه‌ای	۱۴	۰.۷۴
برقراری ارتباط	۱۴	۰.۹۲
تعاملات اجتماعی	۱۴	۰.۷۳
مسایل رشدی	۱۴	۰.۸۰
نمره کل	۵۶	۰.۸۹

برقراری ارتباط ۰.۹۲، تعاملات اجتماعی ۰.۷۳ و مسایل رشدی ۰.۸۰ به دست آمد. ضریب آلفای کرونباخ مقیاس گارز «۰.۸۹» به دست آمد. این

همان گونه که جدول ۴ نشان می‌دهد، پایایی مؤلفه‌های گارز از ۰.۷۳ تا ۰.۹۲ به دست آمده است. ضریب آلفای کرونباخ در رفتار کلیشه‌ای ۰.۷۴،

ضریب بیانگر پایایی بالای مقیاس گارز است که از آن می‌توان در اهداف تشخیصی و درمانی استفاده کرد. همچنین، به منظور تعیین ثبات درونی مقیاس گارز، ضریب همبستگی بین مؤلفه‌ها و نمره کل محاسبه شد که در جدول ۵ ذکر شده است.

جدول ۵. میزان همبستگی خرده مقیاس‌های گارز با یکدیگر و نمره کل مقیاس

مؤلفه‌ها	۱	۲	۳	۴
۱- رفتار کلیشه‌ای	-	-	-	-
۲- برقراری ارتباط	۰.۴۹**	-	-	-
۳- تعاملات اجتماعی	۰.۵۴**	۰.۵۰**	-	-
۴- مسایل رشدی	۰.۳۲**	۰.۲۳*	۰.۲۱*	-
۵- نمره کل مقیاس	۰.۸۵**	۰.۷۸**	۰.۷۹**	۰.۴۸**
* $p < 0/01$ ** $p < 0/05$				

بررسی حساسیت مقیاس گارز نسبت به سن و جنس: یکی از اهداف فرعی این مطالعه، تعیین ارتباط سن و علایم اوتیسم در کودکان و نوجوانان اوتیستیک بود. بدین منظور، سن آزمودنی‌ها و علایم اوتیسم از طریق آزمون همبستگی پیرسون بررسی شد که نتایج آن در جدول ۶ مشاهده می‌شود.

همان‌طور که در جدول ۶ مشاهده می‌شود، تمام مؤلفه‌های مقیاس گارز با همدیگر و با نمره کل همبستگی معنی‌داری دارند. ضریب همبستگی نمره کل و مؤلفه‌های رفتار کلیشه‌ای، برقراری ارتباط، تعاملات اجتماعی و مسایل رشدی به ترتیب ۰.۸۵، ۰.۷۸، ۰.۷۹ و ۰.۴۵ به دست آمد. این نتایج نشان‌دهنده پایایی درونی مناسب مقیاس است.

جدول ۶. ضریب همبستگی سن و علایم اوتیسم در مقیاس گارز

مؤلفه‌های گارز	سن	سطح معنی‌داری
رفتار کلیشه‌ای	۰/۲۲	۰/۰۳*
برقراری ارتباط	-۰/۱۵	۰/۱۴
تعاملات اجتماعی	۰/۰۷	۰/۴۷
مسایل رشدی	-۰/۰۶	۰/۵۸
نمره کل	۰/۰۶	۰/۵۸

کلیشه‌ای و سن ارتباط معنا‌داری در سطح آلفای ۰.۰۵ مشاهده می‌شود.

بر اساس جدول ۶ بین علایم کلی اوتیسم و سن، ارتباط معنی‌داری وجود ندارد. تنها در مؤلفه رفتار

شرط این آزمون؛ یعنی تساوی واریانس‌های دو گروه توسط آزمون لوین بررسی شد که نتایج آن در جدول ۷ آورده شده است.

از اهداف فرعی دیگر این مطالعه، تعیین تفاوت علایم اوتیسم در بین دختران و پسران اوتیستیک بود. برای رسیدن به این هدف، از آزمون تی مستقل استفاده شد. قبل از استفاده از آزمون تی مستقل، پیش

جدول ۷. نتایج آزمون لوین به منظور تساوی واریانس‌های بین دو گروه دختر و پسر

شاخص‌ها	آماره فیشر	درجه آزادی	سطح معناداری
نمره کل گارز	۲.۶۷	۱	۰.۱۰

جدول ۸. نتایج آزمون تی مستقل در تعیین تفاوت میانگین‌های علایم اوتیسم در دختران و پسران در مقیاس گارز

تعداد		میانگین		انحراف معیار		درجه آزادی	تفاوت میانگین‌ها	نمره t	سطح معنی‌داری
پسر	دختر	پسر	دختر	پسر	دختر				
۸۱	۱۹	۹۹.۹	۱۰۰.۶	۳۳/۱۷	۵۹/۱۱	۹۸	-۰.۷۳	-۰.۱۷۵	۰/۸۶ N.S.

نتایج در جدول ۷ نشان می‌دهد که پیش شرط تساوی واریانس‌ها برقرار است ($P > ۰/۰۵$). نتایج آزمون تی مستقل در جدول ۸ نشان می‌دهد که تفاوت معنی‌داری در میزان علایم اوتیسم در مقیاس گارز بین دختران و پسران وجود ندارد ($P > ۰/۰۵$). به عبارتی، ارتباطی بین جنسیت و میزان علایم اوتیسم در مقیاس گارز وجود ندارد.

بحث در یافته‌ها

همان گونه که قبلاً بیان شد، هدف اصلی این تحقیق بررسی روایی و پایایی مقیاس گارز در جامعه اوتیسم اصفهان بود. به طور کلی، روایی به شیوه‌های گوناگونی، ارزشیابی می‌شود. این عمل به نوع آزمون و کاربرد آن بستگی دارد. برای برآورد روایی

آزمون‌های روانی سه روش اصلی وجود دارد: روایی وابسته به محتوا، روایی وابسته به ملاک و روایی وابسته به سازه (پاشاشریفی، ۱۳۸۰).

برای برآورد روایی محتوایی و صوری، در ترجمه این مقیاس سعی شد که آیتم‌ها قابل درک باشند و کارشناسان، والدین و معلمان به خوبی بتوانند آنها را تکمیل کنند. برای اطمینان به طور تصادفی به تعدادی از والدین مقیاس ارائه گردید تا آن را بخوانند و در صورت هرگونه ابهام در فهم آیتم‌ها، آن را بیان نمایند، که نظرهای آنان مورد توجه قرار گرفت. اگر چه محتوای مقیاس بر اساس DSM-IV و انجمن اوتیسم آمریکا تهیه شده است، با این حال محتوای آن توسط کارشناسان مرکز اوتیسم اصفهان بررسی

شد و همگی به یک فهم و نظر مشترک در مورد ترجمه لغات لاتین دست یافتند.

روایی ملاک مرجع با ارتباط نمره‌های آزمون با بعضی از ملاک‌های اندازه‌گیری مثل یک آزمون، طبقه‌بندی تشخیصی یا بعضی از انواع عملکرد مربوط است. دو نوع از انواع اعتبارهای ملاک مرجع در تاریخچه وجود دارد: پیش‌بین و همزمان. در معتبر سازی GARS تهیه‌کننده آن از اعتبار ملاک مرجع همزمان استفاده کرد. برای سنجش اعتبار همزمان GARS با نمره‌های چک لیست رفتاری اوتیسم^۱ (ABC) (کراک^۲، اریک^۳ و آلموند^۴، ۱۹۹۳) همبستگی گرفته شد. هدف ABC شبیه به GARS است و برای غربالگری آزمودنی‌های مبتلا به اوتیسم، از آزمودنی‌های مبتلا به اختلالات شدید رفتاری دیگر طراحی شده است. ABC یک چک لیست رفتاری ۵۷ سوالی است که برای هر سوال از ۱ تا ۴، شدت رفتار اوتیستیک درجه بندی می‌شود. نمره‌ها به پنج مقوله تشخیصی خوشه بندی می‌شوند: حسی، ارتباط، استفاده بدنی و شیئی، زبان، اجتماعی و خودیاری. نمره کلی از جمع کل مقولات به دست می‌آید. رابطه فرضی محتوای GARS و ABC در رفتار کلیشه‌ای، ارتباطی، تعاملات اجتماعی و آسیب‌های رشدی و نمره کل گارز به ترتیب ۰/۶۵، ۰/۶۵، ۰/۱۹ و ۰/۹۴ به دست آمد (گیلیام، ۱۹۹۴).

روایی ملاک آزمون‌های روانی به صورت ضریب همبستگی نشان داده می‌شود. در این تحقیق، ضریب

همبستگی مؤلفه‌های رفتار کلیشه‌ای، ارتباط، تعاملات اجتماعی و مسایل رشدی و نمره کل مقیاس گارز و پرسشنامه کارز به ترتیب: ۰/۸۴، ۰/۶۳، ۰/۴۸، ۰/۵۴ و ۰/۸۰ به دست آمد که از نظر آماری تمام ضرایب همبستگی در سطح آلفای ۰/۰۱ معنی دار و نشان دهنده روایی مناسب مقیاس است، زیرا اندازه ضرایب روایی در مقایسه با ضریب پایایی، مقادیر کمتری هستند. ضریب پایایی ۰/۵۰ برای مقاصد پژوهشی ضریب پایینی تلقی می‌شود، اما در ضریب روایی ملاکی ۰/۵۰ ضریب نسبتاً بالایی محسوب می‌شود (پاشاشریفی، ۱۳۸۰).

درکل، می‌توان گفت با توجه نتایج به دست آمده از همبستگی مؤلفه‌های گارز با کارز، آزمون گارز در جامعه اصفهان از روایی ملاکی خوب و مناسبی برخوردار است.

توانایی گارز برای متمایز کردن بین افراد گروه‌های تشخیصی مختلف از تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده در طی روند استاندارد سازی به دست آمد. نمونه ۶۱۹ نفری از آزمودنی‌های مورد مطالعه انتخاب شدند. از میان این آزمودنی‌ها ۴۴۲ نفر اوتیسم و ۱۷۷ نفر تشخیص‌های دیگری داشتند. نمره‌های استاندارد و اوتیسم بهر این آزمودنی‌ها در تحلیل تمایزات وارد شد تا مشخص شود گارز تا چه اندازه می‌تواند بین افراد مبتلا به اوتیسم و افرادی که اوتیسم نیستند، تمایز قائل شود. بررسی این داده‌ها نشان می‌دهد که تفاوت معنی داری بین میانگین گروه مبتلا به اوتیسم و گروه غیر مبتلا وجود دارد. در هر زیر مقیاس نمونه اوتیسم نمره‌های بالاتری نسبت به گروه‌های دیگر داشتند. با استفاده از اوتیسم بهر به تنهایی، رایانه قادر بود در ۹۰ درصد موارد استفاده از

- 1- Autism Behavior Checklist
- 2- Krug
- 3- Arick
- 4- Almond

درحقیقت، با مکانیسم دفاعی انکار سعی دارند که هزینه اجتماعی و گاه مالی را کاهش دهند. از همه مهمتر اینکه، گیلیام برای روایی تشخیصی مقیاس از گروه عادی استفاده نکرده است بلکه ایشان گروه اوتیسم را با گروه غیر اوتیسم که دارای مشکلات رفتاری از قبیل عقب ماندگی ذهنی، آسیب‌های هیجانی و ناتوانی‌های هیجانی و غیره داشته‌اند، مقایسه کرده‌اند. به همین علت، میانگین نمره‌های گروه غیر اوتیسم با مشکلات ذکر شده نسبت به گروه عادی بالاتر خواهد بود و در نتیجه در تحلیل تمایز، نقطه برش هم بیشتر برآورد خواهد شد.

با توجه به نقطه برش تعیین شده، حساسیت آزمون گارز «۹۹٪» به دست آمد؛ یعنی یک فرد اوتیسم ۹۹٪ احتمال دارد که اوتیسم تشخیص داده شود و درصد خطا ۱٪ است. ویژگی این آزمون، ۱۰۰٪ به دست آمد؛ یعنی اینکه افراد سالم توسط مقیاس گارز با توجه به نقطه برش، ۱۰۰٪ سالم تشخیص داده می‌شوند. این یافته‌ها به آزمونگر این اطمینان را در استفاده گارز به عنوان یک وسیله تشخیصی برای تعیین افراد مشکوک به اوتیسم می‌دهد و در جامعه اصفهان، این مقیاس دقت بالایی برای تشخیص و غربالگری کودکان اوتیسم از سایر گروه‌ها دارد.

پایایی مقیاس گارز توسط آزمون آلفای کرونباخ محاسبه شد. در جامعه آمریکا برای زیر مقیاس رفتارهای کلیشه‌ای، تعامل اجتماعی و اوتیسم بهر، آلفای کرونباخ «۰/۹» و بالاتر به دست آمده است. برای زیر مقیاس ارتباط، «۰/۸۹» نزدیک به «۰/۹» و زیر مقیاس آسیب‌های رشدی «۰/۸۸» و برای نمره

اوتیسم بهر آزمودنی‌ها را درست در طبقه بندی تشخیصی اوتیسم جای دهد. نتایج تحلیل تمایزات همه معنادار بود ($p < 0/01$). این نتایج توانایی گارز را برای تمایز نمونه اوتیستیک از غیر اوتیستیک تایید می‌کند. درصد موارد صحیح طبقه بندی شده (۷۰ تا ۹۰ درصد) نشان می‌دهد که گارز در جامعه آمریکا درجه بالای دقت تمایز بین دو گروه از آزمودنی‌ها را دارد.

در تحقیق حاضر نیز روایی تشخیصی مقیاس گارز توسط آزمون تحلیل تمایزات بررسی گردید. برای تعیین نقطه برش آزمون، آزمون گارز در بین ۱۰۰ کودک و نوجوان سالم همسن با گروه اوتیسم، اجرا و تحلیل تمایزات بین دو گروه اجرا گردید. بر اساس تحلیل تمایز نقطه برش آزمون گارز در جامعه اصفهان «نمره ۵۲» به دست آمد؛ یعنی افرادی که پایین‌تر از این نمره را در مقیاس گارز دریافت کنند، اوتیسم تشخیص داده نمی‌شوند. این در حالی است که در مقیاس گارز در جامعه آمریکا نقطه برش «نمره ۷۰» به دست آمده است. شاید علت این تفاوت، این باشد که دیدگاه جامعه آمریکا و ایران نسبت به اختلال اوتیسم متفاوت است. پذیرش این اختلال برای جامعه آمریکا و داشتن یک فرزند اوتیستیک به عنوان یک واقعیت، آسانتر است. این در حالی است که جامعه ایران اطلاعات کمتری نسبت به اوتیسم دارند و پذیرش آن بسیار سخت خواهد بود. به همین خاطر است که در جامعه ایران، والدین در زمان پاسخ به مقیاس گارز، مشکل را حاد در نظر نمی‌گیرند و سعی بر آن دارند که نمره کمتری به اختلال دهند تا برچسب شدت اوتیسم بر کودکشان نخورد.

کل (همه ۵۶ سؤال) «۰/۹۶» ضریب آلفا محاسبه شده است (گیلیام، ۱۹۹۳).

در مطالعه حاضر، در جامعه اصفهان، ضرایب آلفای کرونباخ، «۰.۷۳» تا «۰.۹۲» به دست آمده است. ضریب آلفای کرونباخ در رفتار کلیشه‌ای «۰.۷۴»، برقراری ارتباط «۰.۹۲»، تعاملات اجتماعی «۰.۷۳» و مسایل رشدی «۰.۸۰» و نمره کل مقیاس گارز «۰.۸۹» به دست آمد.

همچنین، ثبات درونی مقیاس از طریق میزان همبستگی مؤلفه‌های گارز با همدیگر و نمره کل محاسبه و بررسی شد. نتایج نشان می‌دهد که تمام مؤلفه‌های مقیاس گارز با همدیگر و با نمره کل همبستگی معنا داری دارند. ضریب همبستگی نمره کل و مؤلفه‌های رفتار کلیشه‌ای، برقراری ارتباط، تعاملات اجتماعی و مسایل رشدی به ترتیب ۰.۸۵، ۰.۷۸، ۰.۷۹ و ۰.۴۵ به دست آمد. این نتایج نشان می‌دهد که سؤال‌های زیر مقیاس‌ها کاملاً هماهنگ بوده است. آزمونگرها می‌توانند در تصمیم‌گیری‌ها و تفسیر نتایج گارز اعتماد کنند. همه زیر مقیاس‌ها به اندازه کافی برای تعیین تصمیم‌گیری‌های تشخیصی مهم قابل اعتماد هستند. این نتایج نشان‌دهنده پایایی درونی مناسب مقیاس است.

یکی از فرضیه‌ها، ارتباط نداشتن نتایج گارز با سن است. رفتارهایی که مشخصه افراد اوتیستیک است، رشدی نیست، گرچه اطلاعات اندکی در این رابطه منتشر شده است. بنابراین، با توجه به این مساله انتظار تفاوت‌های بزرگ وجود ندارد. صرف نظر از سن، اشخاص اوتیسم رفتارهای مشابه نشان می‌دهند. توصیف این رفتارها همان است که سؤال‌های گارز را تشکیل می‌دهد. در ساخت اولیه

این مقیاس با این حال، سؤال‌ها به گونه‌ای انتخاب شده بود که برای سنین ۳ تا ۲۲ مفید باشد.

برای بررسی این فرضیه، نویسنده نمره‌های خام گارز را با سن ۱۰۹۲ آزمودنی اوتیسم در گروه هنجاریابی شده، همبستگی گرفت. نتایج ضرایب به این شکل بود: رفتارهای کلیشه‌ای «۰/۱۳»، ارتباط «۰/۰۶»، تعامل اجتماعی «۰/۱۰»، آسیب‌های رشدی «۰/۱۰» و نمره کلی «۰/۰۱».

در پژوهش حاضر، نتایج جدول شماره ۵ نشان می‌دهد که بین نشانه‌های کلی اوتیسم با سن ارتباط معنی داری وجود ندارد ($P > 0/05$). این نتیجه با نتیجه گیلیام (۱۹۹۴) یکسان است. این نتایج تأیید می‌کند که نمره‌های کلی گارز و سن در سطح کاربردی هیچ نوع رابطه‌ای با هم ندارند. در این مطالعه رابطه مؤلفه‌های اوتیسم با سن بررسی شد و نتایج نشان داد که تنها بین رفتار کلیشه‌ای با سن ارتباط معنی داری وجود دارد ($r = 0/22, P < 0/05$). این بدان معنی است که با افزایش سن، رفتارهای کلیشه‌ای افزایش می‌یابد. شاید بتوان گفت با افزایش سن حرکات کلیشه‌ای بیشتر از جانب اطرافیان قابل توجه و مشاهده است. معمولاً والدین ممکن است حرکات کلیشه‌ای در سنین بالا را بیشتر گزارش کنند که به خاطر دریافت نکردن مداخلات درمانی، حرکات کلیشه‌ای هر روز بیشتر شده و به یک عادت دائمی تبدیل گردیده است.

شاید تفاوت موجود در رابطه سن و علایم کلیشه‌ای در جامعه آمریکا و اصفهان این باشد که در مطالعه حاضر به خاطر محدود بودن نمونه آماری، توزیع سنی متناسب و گسترده‌ای وجود نداشت. از طرفی، شاید میزان حساسیت والدین نسبت به

منابع:

- پاشا شریفی، حسن (۱۳۸۰). *اصول روان سنجی و روان آزمایی*، تهران: انتشارات رشد.
- مولوی، حسین (۱۳۸۶). *راهنمای عملی SPSS-10* 13-14 در علوم رفتاری، اصفهان: انتشارات پویش اندیشه.
- Accordino, R., Comer, R., & Heller, W. B. (2007). Searching for music's potential: A critical examination of research on music therapy with individuals with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 1: 101-105.
- American Psychology Association (APA). (2000). *Diagnostic and Statistical Manual-Text Revision*. Chicago, I. L. Association, p:68.
- Anne, M., Fred, B., Steve, C. (2006). Auditory characteristic of children with autism. *Ear Hear*, 27(4): 430-41.
- Autism Society of America. (1994). *Definition of Autism. The advocate: Newsletter of the Autism Society America*, 26(2),3. Silver Spring, MD: Author.
- Autism Society of America. (1994). *Diagnostic and statistical manual disorders*(4th ed). Washington, DC: Athor.
- Baker, J. (2000). *The social skills picture book: teaching play, emotion and communication to children with autism*. New York: Future horizons.
- Baron- Cohen, S. Wheelright, S., Cox, A., Baird, G., Charman, T., Swettenhaman, J., Drew, A and Doehring, P. (2000). The early identification of autism: The Checklist for autism in Toddlers (CHAT), *Journal of Royal Society of Medicine*, 93: 521- 525.
- Campbell, J. M. (2005). Diagnostic assessment of Asperger's disorder: A review of five third-party rating scales. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35, 25-35.
- Corbette E, Prelock PA. Language play in children with autism spectrum disorders: implication for practice. *Rev Neural*, 27(1): 21-31.
- حرکت‌های کلیشه ای در جامعه ایران بیشتر باشد و این میزان توجه به این کودکان را بیشتر کند و این امر به عنوان یک امر تقویت کننده رفتاری محسوب گردد.
- در مطالعه حاضر به دلیل ارتباط نداشتن سن و علایم اوتیسم، سن در تمایز تشخیصی سنی، مورد توجه و تحلیل قرار نگرفت.
- فرضیه دیگر در این مطالعه، ارتباط جنس و علایم اوتیسم بود. در این امر در مطالعه گیلیام (۱۹۹۴) نتایجی مشاهده نشد و فقط نسبت جمعیتی دختر به پسر ۱ به ۵ گزارش شده است. در مطالعه حاضر نیز همین نسبت به دست آمده است (۱۹ دختر و ۸۱ پسر). در این مطالعه نتایج آزمون تی مستقل نشان داد که تفاوت معنی داری در مؤلفه‌های گارز و نمره کلی آن در بین گروه دختران و پسران وجود ندارد. این بدین معناست که آزمون گارز به جنسیت حساس نیست. به همین علت، در تمایز تشخیصی و هنجاریابی جنسیت در نظر گرفته نشد.
- محدود بودن پژوهش به کودکان و نوجوانان اصفهان تعمیم یافته‌ها را به جامعه‌های دیگر محدود می‌کند. بنابراین، پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های مشابهی در جامعه‌های متفاوت و شهرهای مختلف ایران انجام شود.

تقدیر و تشکر

بر خود لازم می‌بینیم که از همکاری صمیمانه مادی و معنوی مسئولان محترم مرکز آموزش و توانبخشی اوتیسم اصفهان صمیمانه تقدیر و تشکر کنیم.

- Educational Planning* (2nd ed). Austin, TX: PRO-ED.
- Kwon, S., Kim, J., Choe, B. H., Ko, C., Park, S. (2007). Electro physiologic assessment of central auditory processing by auditory brainstem responses in children with autism spectrum disorders. *J Korean Med Sci*. 22(4): 656-9.
- Lam, K. S. L., Aman, M. G., & Arnold, L. E. (2006). Neurochemical correlates of autistic disorder: A review of the literature. *Research in Developmental Disabilities*, 27, 254-289.
- Matson, J. L., & Wilkins, J. (2008). Nosology and diagnosis of Asperger's syndrome. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 2, 288-300.
- Matson, J. L. (2007). Current status of differential diagnosis for children with autism spectrum disorders. *Research in Developmental Disabilities*, 28, 109-118.
- Matson, J. L., & Boisjoli, J. (2008). Strategies for assessing Asperger's syndrome: A critical review of data based methods. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 2, 237-248.
- Matson, J. L., Nebel-Schwalm, M. S., & Matson, M. L. (2007). A review of methodological issues in the differential diagnosis of autism spectrum disorders in children: Diagnostic systems and scaling methods. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 1, 38-54.
- Matson, J. L., & Boisjoli, J. (2007). Differential diagnosis of PDD-NOS in children. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 1, 75-84.
- Naoi, W., Yokoyama, K., & Yamamoto, J. I. (2007). Intervention for tact as reporting in children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 1, 174-184.
- Rapin, I. (1991). Autistic Children: Diagnosis and Clinical Features. *Pediatrics* 87(5pt 2): 751-60.
- Restall, G., Magill – Evans, J. (Feb, 1994). Play and Preschool Children With Autism. *American Journal of Occupational Therapy*, 48(2): 113- 20.
- Schopler, E., Reichler, R. J. and Renner, B. R. (1988). *The Childhood Autism Rating*
- Ellis, E. M., Ala' i-Rosales, S. S., Glenn, S. S., Rosales-Ruiz, J., & Greenspoon, J. (2006). The effects of graduated exposure, modeling, and contingent social attention on tolerance to skin care products with two children with autism. *Research in Developmental Disabilities*, 27, 585-598.
- Fox, R. A., Keller, K. M., Grede, P. L., & Bartosz, A. M. (2007). A mental health clinic for toddlers with developmental delays and behavior problems. *Research in Developmental Disabilities*, 28, 119-129.
- Gilliam, J. E. (1995). *Gilliam Autism Rating Scale: Examiner, s Manual*, Austin, TX: Pro-ED.
- Goldsmith, T. R., LeBlanc, L. A., & Sautter, R. A. (2007). Teaching intraverbal behavior to children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 1, 1-13.
- Inada, N. Koyama, T., Inokuchi, E. Kurda, M. and Kamio, Y. (2010). Reliability and Validity of the Japanese of the Modified Checklist for autism in toddlers (M-CHAT), *Research in Autism Spectrum Disorders*, 10:
- Ingersoll, B., & Gergans, S. (2007). The effects of a parent-implemented imitation intervention on spontaneous imitation skills in young children with autism. *Research in Developmental Disabilities*, 28, 163-175.
- Jarvinen-Pasley A., Heaton P. (2007). Evidence for reduced domain- specificity in auditory processing in autism. *Devsci*, 10(6): 796-93
- Jasmhn, E., Couture, M., McKinley, P., Reid, G., Fombonne, E., Gisel, E. (Feb, 2009). Sensory – Motor and Daily Living Skills of Preschool children with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39(2):231- 41.
- Kelin, A. (2006). Autism and asperger syndrome: an overview. *Rev Bars Psiquiter*, 28(1): 3-11
- Kientz, M. A., Dunn, W. (1997). A Comparison of the Performance of Children with and without Autism on Sensory Profile. *American Journal of Occupational Therapy*, 51(7): 30-7.
- Krug, D. A., Arick, J. R & Almond, P. J. (1993). *Autism Screening Instrument for*

- definition and methodology, *Research in Developmental Disability* 31: 976-984.
- Watling R. L, Deitz, J., White, O. (2001). A Comparison of the Profile Scores of young Children with and without Autism Spectrum Disorders. *American Journal of Occupational Therapy*, 55(4): 113-20.
- Wing, L. (1997). Syndromes of autism and atypical development. In D. J. Cohen & F. R. Volkmar (Eds.), *Handbook of autism and pervasive developmental disorders* (2nd ed., pp. 148–172). New York: John Wiley & Sons.
- Scale (CARS)*, Los Angeles: Western Psychological Services (WPS).
- Schlosser, R. W., Sigafoos, J., Luiselli, J. K., Angermeier, K., Harasymowycz, U., Schooley, K., et al. (2007). Effects of synthetic speech output on requesting and natural speech production in children with autism: A preliminary study. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 1, 139–163.
- Sevlever, M. Gillis, J. M. (2010). An examination of the state of imitation research in children with autism: Issues of

فرم اشتراک مجله پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری

نام و نام خانوادگی:

شغل: با ارسال فیش بانکی به مبلغ ۴۰۰۰۰ ریال (هزینه پست و اشتراک) به حساب شماره ۲۱۷۷۲۴۰۲۳۸۰۰۲

بانک ملی، شناسه پرداخت ۱۱۰۲۲۷، شعبه دانشگاه اصفهان، بنام درآمدهای اختصاصی دانشگاه اصفهان، متقاضی اشتراک

یکساله (دو شماره) مجله پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری می‌باشم. لطفاً مجله را از شماره به آدرس زیر ارسال نمایید.

نشانی:

کد پستی: تلفن:

فیش بانکی به شماره (ضمیمه است. تاریخ: امضاء

آدرس: اصفهان، میدان آزادی (دروازه شیراز) دانشگاه اصفهان، حوزه معاونت پژوهشی و فناوری، دفتر مجله پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری، امور مشترکین
تلفن: ۰۷۹۳۴۱۶۴-۰۳۱۱، دورنگار: ۰۷۹۳۲۱۷۷-۰۳۱۱، پست الکترونیک: entesharat@ui.ac.ir

✂

فرم اشتراک مجله پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری

نام و نام خانوادگی:

شغل: با ارسال فیش بانکی به مبلغ ۴۰۰۰۰ ریال (هزینه پست و اشتراک) به حساب شماره ۲۱۷۷۲۴۰۲۳۸۰۰۲

بانک ملی، شناسه پرداخت ۱۱۰۲۲۷، شعبه دانشگاه اصفهان، بنام درآمدهای اختصاصی دانشگاه اصفهان، متقاضی اشتراک

یکساله (دو شماره) مجله پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری می‌باشم. لطفاً مجله را از شماره به آدرس زیر ارسال نمایید.

نشانی:

کد پستی: تلفن:

فیش بانکی به شماره (ضمیمه است. تاریخ: امضاء

آدرس: اصفهان، میدان آزادی (دروازه شیراز) دانشگاه اصفهان، حوزه معاونت پژوهشی و فناوری، دفتر مجله پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری، امور مشترکین
تلفن: ۰۷۹۳۴۱۶۴-۰۳۱۱، دورنگار: ۰۷۹۳۲۱۷۷-۰۳۱۱، پست الکترونیک: entesharat@ui.ac.ir

The Psychometric Properties of Gilliam Autism Rating Scale (GARS)

S.j. Ahmadi

Ph. D student in psychology University of Isfahan

T. Safari

M. A. Psychology: Children with special needs, therapist at Isfahan Center of Autism

M. Hemmatian

M. A. Psychology: Children with special needs, therapist at Isfahan Center of Autism

Z. Khalili

B. A. Psychology: Children with special needs, therapist at Isfahan Center of Autism

Abstract

The purpose of this research was to determine the psychometric properties of Gilliam Autism Rating Scale (GARS) among Autistic Children and Adolescents in Isfahan. The Statistical population of the study was all Autistic Children and Adolescents (3-18 years), out of which 100 were selected randomly as the statistical sample. Data were collected by administering GARS. Content and face validity of the scale were confirmed by psychology experts. For estimating concurrent validity the correlation between GARS and CARS was 0.80. Its reliability was 0.89 through Chronbach's alpha. The sample was compared with normal children through discriminant analysis. The cut-off point was 52, sensitivity was 99 and specificity was 100 percent. Findings showed that GARS is a valid scale for measuring autism. With regard to its proper validity and reliability, this scale can be used in psychotherapy and research centers. Also, results showed that there was no significant correlation between age and autism symptoms and there was no significant difference between boys and girls in autism symptoms.

Keywords: Validity, Reliability, Sensitivity, Specificity, Gilliam Autism Rating Scale (GARS)

The effect of multiple intelligences training on general self efficacy of high school deaf students

S. Rahimi Pordanjani

M.A. in psychology of exceptional children, University of Tehran

B. Ghobari Bonab

associated professor, University of Tehran

Abstract

The present research investigated the effect of training based on multiple intelligences theory on general self efficacy of deaf students in high school. To reach this end sixty high school deaf students were selected randomly and were assigned equally to the experimental and control groups. The Shearer Questionnaire was administered as pre, post and follow up tests to the experimental and control groups the experimental group received three weeks of training while the control groups did not receive any specific training. Data were analysis utilizing a repeated measure design. Statistical analysis indicated that there were significant gains for experimental group in terms of general self efficacy ($p < 0.05$). Therefore the beneficial effects of instruction based on multiple intelligence theory on general self efficacy of deaf students is supported in the current research.

Keywords: multiple intelligences, general self Efficacy. Hearing impairment.

The effectiveness of stress inoculation training, systematic desensitization, and a combined approach on test anxiety, academic performance and self-efficacy of male university students

A. Maredpour

Islamic Azad University of Dehdasht

S. Jahanbakhsh Ganjeh

Islamic Azad University of Dehdasht

S. Hossininik

Islamic Azad University of Dehdasht

Abstract

The main focus of this study was to investigate the effectiveness of three methods, i.e. stress inoculation training, systematic desensitization, and a combined approach of these two methods on test anxiety, academic performance and self-efficacy of male university students with test anxiety. The population was all male students of Dehdasht Azad University studying in 1389 who got high scores in the pre-test and had test anxiety. The sample size was 341 students who were randomly selected. 80 who had test anxiety according to the test anxiety inventory of Spielberger were assigned to three experimental groups and one control group. The data for this study were collected via test anxiety inventory of Spielberger (1980), self-efficiency inventory (Sherer et al, 1982) and students' grade point average which was considered as their academic performance. The results of multivariable analysis of variance showed that all three training methods were efficient in reducing students' test anxiety ($F=6.269$, $P<0.0001$), increasing their academic performance ($F=6.374$, $P<0.001$), and their self-efficacy ($F=3.536$, $P<0.019$). Moreover, the results showed that systematic desensitization therapy and training stress inoculation were less efficient than the combined approach.

Keywords: Test anxiety, Systematic desensitization, stress inoculation Training, Self-efficacy, Academic performance

A study of psychometric characteristics of SNAP-IV rating scale (parent form) in elementary school students in Isfahan.

A. Aghaei

Department of psychology, Khorasgan(Isfahan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

A. Abedi

University of Isfahan

E. Mohammadi

Department of psychology, Khorasgan(Isfahan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

Abstract:

Introduction and purpose: Attention Deficit Disorder/Hyperactivity is one of the most prevalent psychological disorders amongst children, which may lead to undesirable consequences both within short and long terms for children, families, and society. As a result, applying suitable tools to accurately evaluate and diagnose this disorder on time will follow with beneficial advantages. For this purpose, the present study tried to determine the psychometric characteristics of this scale. Research method: the statistical population included the elementary students in Isfahan during 2009-2010. The sample was 500 Students and sampling was done by random clustering at various stages. Measurement tools were SNAP-IV ranking scale (parents' form), ODDRS scale, and parents' Canners questionnaire. Results: The item-total correlations were between 0.38 and 0.63. Results of factor analysis showed that SNAP-IV rating scale is in fact multi-dimensional (attention deficit, hyperactivity/impulsiveness, and opposing defiant), which determines 0.37 of the variance. The reliability coefficients for the total scale, attention deficit, hyperactivity/impulsiveness, and opposing defiant were 0.89, 0.83, 0.82, and 0.80, respectively. Coefficient of correlation of this test and Canners rating scale for attention deficit was 0.72, hyperactivity/impulsive 0.76 and with grading scale opposing defiant was 0.72. Conclusion: SNAP-IV rating scale is considered to be a multi-dimensional tool that is suitable for evaluation and measurement of ADHD and ODD disorders.

Key words: psychometric, rating scale SNAP-IV (parent form), attention deficit, hyperactivity/impulsive, oppositional/defiant .

The effect of group rational emotive behavior therapy on inefficient ideas of female high school students

F. Hassani

assistant professor Islamic Azad University Tehran Markas

M. Mahzooni

M.A. in accounting, lecturer, Islamic Azad University Science and Research

F. Lotfi Kashani

associated professor Islamic Azad University of Rodehen

Abstract

The purpose of this study was to determine the effect of group rational emotive therapy on inefficient ideas of female high school students. Therefore 24 students were randomly selected and two therapy and control groups. The therapy group received 10 sessions of 90 minute therapy while the control groups did not receive any thing. The inefficient ideas questionnaire was administered to all subjects as the pre and post tests. The results of analysis of covariance showed that the mean total scores of the therapy group was significantly less on the following sub-scales : expectations ($p=0/05$) , excessive anxiety ($p=0/04$) , helplessness with change ($p=0/05$) , expecting others support ($p=0/03$) , and dependency ($p=0/0001$) .

Key words: REBT, inefficient beliefs , Female students , High school.

The effect of Islamic orientation couple therapy on couples' optimism in Isfahan

A. Heyrat

PhD, University of Isfahan

E. Sharifi

M. A, Allame Tabatabai University

M. Fatehizadeh

Associated professor University of Isfahan

S. A. Ahmadi

Professor University of Isfahan

Abstract:

The purpose of this study was to examine the effect of Islamic-oriented couple therapy on marital optimism. It was a quasi-experiment design with pre and post-test and control groups. The population was the couples referred to counseling center in Isfahan Jameatol-Quran. The sample of this study included 30 couples (60 persons) who had been chosen from those who were available and volunteers. They were randomly assigned to two experimental and control groups. Couples in the experimental group received Islamic-oriented couple therapy. Both groups took the post test. The results of analyses of covariance showed that Islamic-oriented couple therapy significantly affected marital optimism and its subscales ($p=0.001$). There was no significant difference between men and women's marital optimism. The interaction between therapy and gender was not significant.

Key words: couple therapy 'Islam-oriented couple therapy' marital optimism 'marital optimism subscales.

The Relationship between parenting style and adolescents aggression in Shabestar City

A. Ahangareanzabi

Department of Educational, Shabestar Branch, Islamic Azad University, Shabestar, Iran.

P. Sharifidramadi,

associate professor, University of Allameh Tabatabaee

R. Farajzadeh,

M.A in Counseling, University of Payam Noor Bostanabad

Abstract

Introduction: The purpose of this study was to investigate the relationship between parenting styles and aggression in adolescents of Shabestar city. **Method:** The sample included sixty students who answered the Baumrind. Parenting. Questionnaire. and Bass. and Perry. Aggressive. Questionnaire. **Results:** There was no relationship between democratic style and aggression but there was a significant relationship between physical aggression and democratic style ($P < 0.05$). There was also a relationship between hostility and democratic style ($P < 0.05$) and between anger and democratic style ($P < 0.05$). There was also a relationship between verbal aggression and democratic style ($P < 0.05$). There were no significant relationship between the following variables: pessimistic style and aggression, pessimistic style and physical aggression, pessimistic style and hostility, permissive style and anger and verbal aggression. also There were no significant relationship between the following variables: authoritarian style and aggression, authoritarian style and physical aggression, authoritarian style and hostility, authoritarian style and anger and verbal aggression. **Conclusion:** democratic style was the best method for reducing aggression and its components.

Keywords: parents' rearing styles, aggression

Contents

- **The Relationship between parenting style and adolescents aggression in Shabestar City** 1
A. Ahangareanzabi, P. Sharifidramadi, R. Farajzadeh
- **The effect of Islamic orientation couple therapy on couples` Optimism in Isfahan** 2
A. heyrat, E. Sharifi, M. Fatehizadeh, S. A. Ahmadi
- **The effect of group rational-emotive-behavioral therapy on inefficient beliefs of female high school students** 3
F. Hasani, M. Mahzooni, F. Lotfi Kashani
- **A study of psychometric characteristics of SNAP-IV rating scale (parent form) in elementary school students in Isfahan** 4
A. Aghaei, A. Abedi, E. Mohamadi
- **The effectiveness of stress inoculation training, systematic desensitization, and a combined approach on test anxiety, academic performance and self-efficacy of male university students** 5
A. Maredpour, S. Jahanbakhsh Ganjeh, S. Hosseinienik
- **The effect of multiple intelligences training on general self efficacy of high school deaf students** 6
S. Rahimi, B. Ghobari Bonab
- **The Psychometric Properties of Gilliam Autism Rating Scale (GARS)** 7
S.J. Ahmadi, T. Safari, M. Hemmatian, Z. Khalili

Contributors to this Issue (Vol.1, No. 1, Ser.1, Autumn & Winter 2011- 2012)

We express our deep gratitude to the following faculty members of the universities and educational-research institutes who have co-operated in evaluation and assessment of the articles of this issue of Journal of Cognitive and Behavioral Sciences

S. A. Ahmadi	professor	University of Isfahan
A. Ebrahimi	assistant professor	Isfahan University of Medical Sciences
H. Pasha Sharifi	associate professor	Islamic Azad University, Roudehen Unit
S. Shahim	assistant professor	University of Shiraz
A. Abedi	assistant professor	University of Isfahan
Y. Abedini	assistant professor	University of Isfahan
S. Faramarzi	assistant professor	University of Isfahan
Y. Karimi	professor	Islamic Azad University, Sciences and Research Unit
M. Kalantari	associate professor	University of Isfahan
H. Molavi	professor	University of Isfahan
A. Nouri	professor	University of Isfahan
F. Yazdkhasti	assistant professor	University of Isfahan

The Journal of Cognitive and Behavioral Sciences from University of Isfahan accepts research reports, critiques and research project results in psychology

Journal of Cognitive and Behavioral Sciences

License Holder: The University of Isfahan Vice-President of Research and Technology

Vol.1, no.1, Ser. 1, autumn & winter 2011-2012

ISSN:2251-7642

Scientific Research Journal

Managing Director: R. Hoveida

Assistant Professor of Education, University of Isfahan

E-mail: r.hoveida@edu.ui.ac.ir

English Editor: M. Malekpour

Professor of children with special needs, University of Isfahan

E-mail: mokhtarmalekpour@yahoo.com

Scientific Specialty and English Editor: H. Molavi

Professor of Psychology, University of Isfahan

E-mail: hmolavi@edu.ui.ac.ir

Literary Editor: N. Karimpour

E-mail: naser.karimpour@gmail.com

Executive Manager: N. Panahi

E-mail: n.panahi@staf.ui.ac.ir

Tel: 0311-7934164

Type and Layout: B. Hakiminya

E-mail: hakiminya@gmail.com

Tel: 0311-7934164

Editorial Board

GH. Ahmadzadeh

S. A. Ahmadi

SH. Alborzi

M. R. Abedi

B. Ghobari Bonab

M. Kalantari

H. Molavi

A. Nouri

associate Professor

professor

associate Professor

associate Professor

associate Professor

associate Professor

professor

professor

Isfahan University of Medical Sciences

University of Isfahan

University of Shiraz

University of Isfahan

University of Tehran

University of Isfahan

University of Isfahan

University of Isfahan

Address: Authors and subscribers can mail their requests directly to the University of Isfahan central library, office of journals

Post code: 81746-73441

Tel: +98- 311- 7934164

Fax: +98 -311-7932177

Email: jcbs@res.ui.ac.ir

The complete text of the journal is available at the following sites:

<http://www.magiran.com>

<http://www.SID.ir>

<http://www.ISC.gov.ir>

<http://www.uijs.ui.ac.ir/cbs>

Publication and Lithography: University of Isfahan Publications

Publisher: University of Isfahan

Price: 20000 Rials

Number of copies: 500 copies

In The Name of God

Journal of Cognitive and Behavioral Sciences

A biannual scientific research journal

**Vol. 1, no. 1, seri. 1
autumn & winter 2011 - 2012**